

Ścibło, Andrzej

Absencja chorobowa w Oddziale ZUS w Płocku w latach 1988-1997

Notatki Płockie 44/1-178, 28-35

1999

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ABSENCJA CHOROBY W ODDZIALE ZUS W PŁOCKU W LATACH 1988-1997

I. Rozmiary absencji

Jednym z podstawowych problemów w zakresie oceny uprawnień do zasiłku chorobowego pozostawała i pozostaje kwestia absencji chorobowej. Spróbujmy dokonać oceny tego zjawiska na przykładzie Oddziału ZUS w Płocku. Tabela nr 1 przedstawia wzrost tzw. dni zasiłkowych w Oddziale w latach 1988-1997

Tabela nr 1

Kształtowanie się absencji chorobowej w Oddziale ZUS w Płocku w latach 1988 - 1997
(podlegającej finansowaniu ze środków FUS)

Lata	Liczba dni zasiłkowych	Udział w %	Sektor publiczny	Udział w %	Sektor prywatny	Udział w %
1988r.	185.212		62.412		122.800	
1989r.	212.166	+ 14,6	82.968	+ 32,9	129.198	+ 5,2
1990r.	303.834	+ 43,2	95.339	+ 14,9	208.495	+ 61,4
1991r.	337.607	+ 11,1	59.370	- 37,3	278.237	+ 33,4
1992r.	546.775	+ 61,9	133.805	+125,4	412.970	+ 48,4
1993r.	836.669	+ 53,0	192.734	+ 44,0	643.935	+ 55,9
1994r.	1.071.606	+ 28,1	90.093	- 53,3	981.513	+ 52,4
1995r.	1.069.248	- 0,2	246.208	+ 173,3	823.040	- 16,2
1996r.	1.273.724	+ 19,1	468.915	+ 90,4	804.809	- 2,2
1997r.	1.362.218	+ 6,9	487.189	+ 3,9	875.029	+ 8,7
1998r.	1.611.089	+ 18,3	488.178	+ 0,2	1.122.911	+ 28,3

Dynamika w %
(rok poprzedni = 100%)

Jak wynika z tabeli, w wymienionym okresie systematycznie - poza niewielkim spadkiem w 1995 r. - rosła liczba dni absencji chorobowej finansowanej ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych /FUS/.

Wzrost ten w sektorze prywatnym spowodowany był zwiększeniem się liczby ubezpieczonych w tym sektorze i pokrywaniem wydatków z tego tytułu do lutego 1995 r. w całości ze środków FUS. Dopiero z dniem 1 marca 1995 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 3 lutego 1995 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz o zmianie ustawy Kodeks pracy¹. Zgodnie z tymi przepisami za okres pierwszych 35 dni niezdolności do pracy w roku kalendarzowym przysługuje pracownikowi wynagrodzenie finansowane z funduszu płac zakładu pracy i - co należy podkreślić - niezależnie od rodzaju sektora. Począwszy od 36 dnia zasiłek chorobowy jest finansowany z FUS. W konsekwencji, odnotowany w 1995 r. spadek wydatków na

zasiłki chorobowe, nastąpił za sprawą przerzucenia wydatków z tytułu absencji za pierwsze 35 dni na pracodawców.

Jak zatem wyjaśnić wysoki stopień zaangażowania środków FUS w finansowaniu absencji pracowników sektora publicznego, skoro wydatki na ten cel do 1995 r. pochodziły ze środków zakładów tegoż sektora? Stan taki spowodowany był przede wszystkim "ucieczką" pracowników na zwolnienia lekarskie z powodu masowych zwolnień grupowych, w wyniku ogólnego załamania się kondycji sektora państwowego. Pracownicy, objęci wypowiedzeniami stosunku pracy, korzystali z długotrwałych zwolnień, co pozwalało im na otrzymywanie wypłat z tytułu zasiłków jeszcze długo po upływie terminu wypowiedzenia. A ciężar takich wydatków pokrywał Oddział ze środków zgromadzonych na koncie FUS. Lata 1996-1998 przyniosły ponowny wzrost poziomu absencji podlegającej finansowaniu ze środków Oddziału, co oznaczało korzystanie przez pracowników obu sektorów z długich, przekraczających 35 dni okresów zasiłkowych. Oznacza to, że wspomniana wyżej regulacja zmieniająca rozkład obciążeń z tytułu absencji na ZUS i pracodawców, wprowadzona od 1995 r., nie przyniosła spodziewanych rezultatów. Obserwuje się ponadto wzrost przypadków pobierania zasiłków chorobowych po ustaniu zatrudnienia. W 1998 r. odnotowano 2.603 takie przypadki, co oznacza wzrost o 68,7% w stosunku do roku 1997. Jeszcze w większym stopniu wzrosła w 1998 liczba dni zasiłkowych przejętych przez oddział po ustaniu zatrudnienia. Liczba ta

Tabela nr 2

WYDATKI NA ABSENCJĘ CHOROBY
(1990 - 1998)

LATA	KWOTA OGÓLEM	+/- %	KWOTA WYDANA Z FUS	+/- %	UDZIAŁ WYDATKÓW Z FUS WYD. OGÓLEM
1990r.	35.168.546.373		4.568.029.893		13,0%
1991r.	70.980.099.822	+ 101,8%	14.018.390.480	+ 206,9%	19,7%
1992r.	120.224.193.203	+ 69,4%	32.711.037.903	+ 133,3%	27,2%
1993r.	172.192.416.219	+ 43,2%	65.688.676.900	+ 100,8%	38,1%
1994r.	234.306.009.900	+ 36,1%	113.190.941.000	+ 72,3%	48,3%
1995r. ¹	28.271.758.80	+ 20,7%	14.002.995,20	+ 23,7%	49,5%
1996r.	40.129.243,08	+ 41,9%	21.727.986,93	+ 55,2%	54,1%
1997r.	51.515.590,35	+ 28,4%	28.451.799,40	+ 30,9%	55,2%
1998r.	62.767.966,23	+ 21,8%	40.409.359,86	+ 42,0%	64,4%

1. KWOTY PO DENOMINACJI

osiągnęła poziom 65.079, co oznacza przyrost w stosunku do 1997 r. o 73,5%.

Oczywiście wzrost czy spadek tzw. dni zasiłkowych ma swoje przełożenie na rozmiar wydatków od strony finansowej.

Obrazuje to tabela nr 2.

Z tabeli wynika, że wydatki na zasiłki chorobowe wzrastały w tym okresie systematycznie. Znacząco przy tym wzrastał udział w nich absencji finansowanej ze środków FUS. W 1993 r. ich udział wyniósł 39,1 %, a w roku 1998 osiągnął poziom aż 64,4 %.

Jednocześnie rosta liczba dni absencji chorobowej

II. Przyczyny absencji chorobowej

Na poziom absencji wpływa szereg czynników, takich jak: stan zdrowia społeczeństwa, system opieki zdrowotnej, warunki pracy i zamieszkania itp. W tym opracowaniu zwrócimy uwagę jedynie na zasadnicze rozwiązania w sferze uprawnień do zasiłku chorobowego istniejące w systemie ubezpieczenia społecznego. Szereg bowiem uregulowań /bądź ich brak/ - jak będziemy się starać wykazać - dotyczących prawa do zasiłku chorobowego i jego wysokości, może mieć wpływ na zjawisko nadużywania z tego prawa.

1. Powstanie prawa do zasiłku chorobowego /problem tzw. okresów karencyjnych/.

Na mocy ustawy z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym², która na długie lata wyznaczyła kierunek regulacji świadczeń chorobowych w Polsce, prawo do zasiłku chorobowego określono na okres 26 tygodni, ale począwszy od czwartego dnia niezdolności do pracy. Przyjęto w ten sposób rozwiązania niemieckie. Oparto się na założeniu, że krótkotrwałe /parodniowe/ okresy niezdolności do pracy nie powodują dotkliwych skutków w sytuacji materialnej ubezpieczonego. Świadczenie w postaci choroby ma przecież uzupełniać utracony zarobek, a nie zapewniać pełnej rekompensaty finansowej z tytułu braku wynagrodzenia. Sytuację krótkotrwałych niezdolności są ponadto bardzo liczne, a co za tym idzie - kosztowne. Ponadto nie bez znaczenia jest fakt - w takich przypadkach - braku rzeczywistej możliwości weryfikacji zasadności roszczenia.

Okres karencyjności miał zatem eliminować, niejako automatycznie, sytuacje, w których prawdopodobieństwo takich nieuzasadnionych a trudnych do zweryfikowania roszczeń jest szczególnie znaczne³.

W 1954 r. na podstawie dekretu z 6 maja 1954 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym⁴ zerwano z tą zasadą i przyjęto, że każdy okres niezdolności do pracy uprawnia do zasiłku chorobowego. Miało to jednak wpływ na wzrost wskaźników absencji chorobowej, co uwidoczniło się w drugiej połowie lat pięćdziesiątych⁵.

W 1983 r. nawiązano do koncepcji karencji poprzez przyjęcie rozwiązania polegającego na obniżeniu zasiłku chorobowego za pierwsze trzy dni niezdolności do pracy do 50% podstawy wymiaru⁶. Znów dał znaczący wpływ fakt wzrostu absencji chorobowej.

Ostatecznie przepis ten uchylono w 1995 r.⁷.

Istnienie okresu karencyjnego w rozumieniu powyższym istniało w systemie ubezpieczenia społecznego członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych.

Na mocy dekretu z dnia 4 marca 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz ich rodzin⁸ w sytuacji, gdy w miesiącu poprzedzającym powstanie niezdolności do pracy, ubezpieczony przepracował mniej niż 14 dni, zasiłek przysługiwał począwszy od 4 dnia tej niezdolności.

Inną formą karencyjności jest rozwiązanie przyjęte w systemach pozapracowniczych. W większości z nich

Tabela nr 3

Kształtowanie się absencji chorobowej na 1 ubezpieczonego wg sektorów (finansuje FUS)

Lata	średnia liczba dni absencji chorobowej na jednego ubezpieczonego			
	OGÓLEM	pracownicy zatrudnieni w sektorze publicznym	pracownicy zatrudnieni w sektorze prywatnym	osoby prowadzące działalność na własny rachunek
1988r.	1,2	0,4	10,3	8,1
1989r.	1,3	0,5	9,1	7,5
1990r.	1,9	0,7	11,8	9,5
1991r.	2,3	0,7	11,4	10,1
1992r.	3,5	1,1	13,3	11,5
1993r.	5,8	0,9	16,9	17,4
1994r.	7,2	0,9	16,3	21,3
1995r.	6,9	2,6	9,8	28,2
1996r.	8,2	5,3	7,8	33,2
1997r.	9,1	6,2	7,9	34,0
1998r.	9,3	5,7	9,1	32,0

na jednego ubezpieczonego.

Pełny obraz absencji chorobowej na jednego ubezpieczonego przedstawia tabela 3.

Potwierdza ona ogólną tendencję do wzrostu poziomu absencji chorobowej. W 1998 r. w stosunku do 1988 r. nastąpił aż siedmiokrotny jej wzrost. Jedynie w 1995 r. ogólny wskaźnik liczby dni absencji przypadającej na jednego ubezpieczonego uległ obniżeniu w stosunku do 1994 r. i to nieznacznie. W 1996 r. jego poziom przekroczył już poziom z 1994 r.

Z tabeli wynika uderzający poziom absencji w grupie osób prowadzących działalność gospodarczą, którą to absencję w całości pokrywa FUS. Wzrost dynamiki tejże absencji w stosunku do pracowników zatrudnionych w sektorze prywatnym od 1994 jest nad wyraz uderzający. A należy pamiętać, że prawo do zasiłku chorobowego tej grupie ubezpieczonych przysługuje dopiero w przypadku choroby trwającej bez przerwy co najmniej 30 dni.

prawo do zasiłku chorobowego powstaje dopiero w przypadku powstania niezdolności do pracy trwającej powyżej 30 dni. Takie unormowanie oparte jest o :

- Ustawę z dnia 18 grudnia 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą oraz ich rodzin⁹,

- Ustawę z dnia 19 grudnia 1975 r. o ubezpieczeniu społecznym osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia¹⁰,

- Dekret z 4 marca 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz ich rodzin¹¹,

- Ustawę z dnia 17 maja 1989 r. o ubezpieczeniu społecznym duchownych¹²,

- Ustawę z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników¹³.

Jednakże należy podkreślić, że w sytuacji wystąpienia niezdolności do pracy trwającej powyżej 30 dni, zasiłek chorobowy przysługuje począwszy od pierwszego dnia tej niezdolności.

Ustalenie takiej granicy wynikało z przekonania, że osoby te nie zaprzestają i tak swojej działalności w przypadku krótkotrwałych niedyspozycji, a niewykonalne jest jednocześnie skontrolowanie, czy nie zachodzi sytuacja wyłudzenia świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

W świetle przedstawionych w części pierwszej rozmiarów absencji osób prowadzących działalność na własny rachunek, uzasadniona wydaje się teza, iż powyższe rozwiązanie nie stanowi dostatecznej bariery w nadużywaniu prawa do zasiłku.

2. Przesłanki powstania uprawnień

W wielu krajach warunkiem uzyskania prawa do świadczeń chorobowych jest wykazanie się przez ubezpieczonego posiadaniem pewnego okresu zatrudnienia /tzw. okresem wyczekiwania/.

W Polsce z podobnym ograniczeniem mieliśmy do czynienia w ustawie scaleniowej z 1933 r.¹⁴

Prawo do zasiłku chorobowego uwarunkowane było bowiem wykazaniem co najmniej czterotygodniowego okresu ubezpieczenia. Przepisy ustawy zasiłkowej z dnia 17 grudnia 1974 r.¹⁵ nie przewidują już takiego warunku i uznają wystąpienie niezdolności do pracy w czasie zatrudnienia za wystarczający warunek uzyskania prawa do zasiłku chorobowego.

Ustawa zasiłkowa wymaga jednak uprzedniego przepracowania co najmniej 1 miesiąca w stosunku do pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na okres próbny, czas określony lub na czas wykonywania określonej pracy.

Istotne ograniczenie w zakresie uprawnień do zasiłku chorobowego przewiduje się w stosunku do osób wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy agencyjnej¹⁶. Otrzymują oni prawo do zasiłku chorobowego po upływie 6 miesięcy ubezpieczenia.

Wymóg uprzedniego zatrudnienia obowiązuje w złagodzonej formie w stosunku do członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych, jednak ma wpływ jedynie nie na prawo do zasiłku, lecz na jego wymiar.

Znaczenie okresu oczekiwania w aspekcie nadużywania prawa do pobierania zasiłków chorobowych ilustrują wyniki kontroli problemowej przeprowadzonej w Oddziale ZUS w Płocku w okresie listopad-grudzień 1996 r.

Zakresem kontroli objęto osoby prowadzące działalność gospodarczą oraz pracowników, którzy po stosunkowo krótkim okresie zatrudnienia /ubezpieczenia/ przedłożyli w oddziale zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy w celu uzyskania zasiłku chorobowego.

Wśród grupy pracowników zatrudnionych u osób fizycznych /bądź u osób prowadzących działalność gospodarczą w niewielkim zakresie/ zbadano 27 spraw, z czego w 3 ujawniono nieistnienie obowiązku ubezpieczenia, a tym samym brak prawa do uzyskania zasiłku chorobowego.

W grupie osób, które zgłosiły prowadzenie działalności gospodarczej, a tym samym zgłoszenie do ubezpieczenia w Oddziale i po stosunkowo krótkim okresie ubezpieczenia przedłożyły zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy, ustalenia kontroli były poważniejsze.

Ustalono bowiem, że aż w 9 przypadkach na 49 podlegających kontroli dokonano fikcyjnego zgłoszenia do ubezpieczenia w celu wyłudzenia świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

O tej fikcyjności świadczyły takie fakty jak:

- brak jakichkolwiek dowodów świadczących o podjęciu działalności gospodarczej,

- zgłoszenie w urzędzie skarbowym przerwy w prowadzeniu działalności gospodarczej i uzyskanie z tego powodu zwolnienia podatkowego, bez poinformowania o tym Oddziału,

- informowanie jedynie Oddziału o podjęciu działalności bez zgłoszenia tego faktu w urzędzie skarbowym.

Ustaień Oddziału nie kwestionowały 4 osoby. 5 osób wniosło odwołanie do Sądu. W 3 przypadkach Sąd zmienił decyzję Oddziału o wyłączeniu z ubezpieczenia i tym samym uznał prawo odwołujących się do zasiłku chorobowego.

3. Okres zasiłkowy

Prawo do zasiłku chorobowego jest z reguły prawem ograniczonym w czasie. W niektórych tylko krajach zasiłki chorobowe wypłaca się bez ograniczeń. W większości krajów, w tym i w Polsce, wypłata zasiłku chorobowego ograniczona jest do tzw. okresu zasiłkowego.

W zasadzie na mocy ustawy z 17 grudnia 1974 r.¹⁷ długość tego okresu ustalono na 6 miesięcy z możliwością przedłużenia o dalsze 3 miesiące.

W niektórych systemach poza ustaleniem okresu zasiłkowego dodatkowo zakreśla się czas na skorzystanie z uprawnień do zasiłków. W ten sposób ustalana jest pewna proporcja pomiędzy okresami zatrudnienia /opłacania/ składek a okresami korzystania ze świadczeń¹⁸. Pewną formą ustalenia takiej proporcji jest przyjęta w ustawie zasiłkowej zasada, że aby otworzyć "nowy" okres zasiłkowy spowodowany tą samą chorobą, niezbędna jest 30 dniowa przerwa. Okazuje się jed-

nak, że i ta bariera jest łatwa do omińnięcia, o czym świadczą liczne przykłady spotykane w Oddziale.

4. Wymiar zasiłku chorobowego

Pierwsza regulacja zawarta w ustawie bismarckowskiej z 1883 r. określiła wymiar zasiłku chorobowego na poziomie 50% ostatnio pobieranego zarobku. Jak słusznie zauważa Szubert - jako optymalny przyjmuje się taki wymiar zasiłku chorobowego, który zaspokajałby w możliwie szerokim zakresie potrzeby związane z utratą zdolności do pracy, nie stwarzając równocześnie zachęty do korzystania z tych świadczeń bez dostatecznego uzasadnienia¹⁹.

Ustawa ubezpieczeniowa z 1933 r. ustalała - wzorem niemieckim - wysokość zasiłku na poziomie 50% podstawy wymiaru, którą stanowiło przeciętne tygodniowe wynagrodzenie z ostatnich 13 tygodni przed niezdolnością do pracy.

W 1946 r. podniesiono wysokość zasiłku do 70% podstawy wymiaru. Ustawą z 6 lipca 1972 r. o podwyższeniu zasiłków przysługujących z ubezpieczenia społecznego w razie choroby pracownika²⁰, podniesiono wysokość zasiłków chorobowych do kwoty 100% podstawy wymiaru, za którą przyjęto przeciętne wynagrodzenie z ostatnich 3 miesięcy, a niekiedy 12 miesięcy.

Jednak ustawą z 17 grudnia 1974²¹ dokonano obniżenia wysokości zasiłków chorobowych. Nastąpiło to w dwojaki sposób: po pierwsze ograniczając możliwość uwzględniania w podstawie wymiaru niektórych składników wynagrodzenia, po drugie poprzez ustalenie wysokości zasiłku w zależności od posiadanego stażu pracy. W ten sposób 100% zasiłek obliczano dla osób o stażu pracy wynoszącym co najmniej 8 lat. W pozostałych przypadkach ustalono wysokość zasiłku na poziomie 80% i 75%, w zależności czy staż wynosił 3 lata, czy był krótszy.

Zmiany te trudno określić inaczej niż jako nieprzeżyłane wprowadzenie wygórowanych stawek zasiłkowych, a następnie wymuszony odwrót od tej regulacji ze szkodą dla prestiżu ustawodawcy i poczucia stabilności uprawnień w dziedzinie ubezpieczenia społecznego²².

W 1995 r. ustawą z 3 lutego 1995 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz o zmianie ustawy Kodeks pracy²³, dokonano kolejnej zmiany dotyczącej wymiaru zasiłków chorobowych. Zrezygnowano z kryterium długości stażu pracy i w sposób jednolity ustalono wymiar zasiłków do 80% podstawy wymiaru.

Obniżając wymiar zasiłku, ustalono jednak znacznie korzystniejszy sposób ustalania podstawy wymiaru świadczenia chorobowego poprzez uwzględnianie szeregu wypłat do tej pory nieprzyjmowanych do wyliczenia wysokości zasiłku. Zatem mieliśmy do czynienia z kolejną niekonsekwencją.

III. Formy przeciwdziałania nieuzasadnionej absencji

1. Limitowanie środków na zasiłki chorobowe zakładom pracy

W 1958 r. ustawą z 6 czerwca 1958 r. o zwalczaniu nadużyć w zakresie wykorzystywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy²⁴ wprowadzono limitowanie funduszy na zasiłki chorobowe. Uznano wówczas, że będzie to skuteczny środek na nadmierne i nieuzasadnione - jak dowodzono - wykorzystywanie świadczeń chorobowych. Był to środek o charakterze administracyjno-finansowym. Polegał na tym, że Oddział ZUS ustalał limity, w ramach których zakłady mogły wypłacać zasiłki pieniężne z funduszy ZUS. Wypłaty zasiłków ponad kwotę określoną limitem obciążały fundusz płac. Istniała co prawda możliwość ubiegania się o dodatkowe fundusze /poza limitem/, ale w przypadku zaistnienia szczególnych okoliczności, niezależnych od zakładu pracy i pod warunkiem istnienia odpowiednich rezerw w budżecie ZUS.

Istotnym było to, że ustalanie limitów w żadnym razie nie ograniczało uprawnień pracowników do świadczeń, gdyż otrzymywali oni świadczenia niezależnie od tego, czy mieściły się one w ustalonym limicie. Jeśli nawet nie, wypłaty były pokrywane z funduszu płac.

Instytucja limitowania kredytów na zasiłki chorobowe miała głównie spełniać rolę bodźca ekonomicznego w zakresie pobudzania zakładu pracy do aktywnego przeciwdziałania absencji chorobowej²⁵.

Ocena systemu limitowania była różnorodna, ale raczej krytyczna. Krytyka tej instytucji opierała się na jej ograniczonej skuteczności. Owa ograniczoność stosowania limitowania - jak zauważyła U. Prasznic²⁶ - wynikała między innymi z tego, że:

- system limitowania dotyczył absencji, na którą zakład pracy nie może oddziaływać /np. choroby dzieci/,
- zakłady pracy były zainteresowane w nieprzekraczaniu limitów, nie dążyły natomiast do obniżenia wypłat poniżej ustalonej kwoty.

2. Kontrola zwolnień lekarskich

Ustawa zasiłkowa²⁷ w artyku 55 ust. 2 daje zakładom pracy oraz organom ubezpieczeń społecznych uprawnienie do kontrolowania pracowników w zakresie wykorzystywania zwolnienia od pracy zgodnie z ich celem. Jednocześnie w ust. 3 wymienionego artykułu zawarto upoważnienie dla Ministra Pracy do ustalenia zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich.

Wypełniając to upoważnienie, Minister Pracy, Płac i Spraw Socjalnych w Zarządzeniu z dnia 30 grudnia 1974 r. w sprawie kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy²⁸ określił sposób wypełniania przez zakłady pracy /organy ubezpieczeń społecznych/ obowiązków wynikających z art. 55 ust. 2.

Kierunek tych obowiązków w omawianym zakresie ustalony został dwojako i dotyczy:

- kontroli zaświadczeń lekarskich stanowiących podstawę zwolnień od pracy,

- kontroli domowej pracowników korzystających ze zwolnień od pracy z powodu choroby lub opieki.

Kontrola zaświadczeń lekarskich

W myśl przytoczonego wyżej zarządzenia kontrola zaświadczeń lekarskich polega w szczególności na sprawdzeniu, czy zaświadczenie nie nasuwa podejrzeń wskazujących na jego podrobienie lub sfałszowanie oraz czy zostało wydane zgodnie z przepisami o orzecznictwie lekarskim pod względem formalnym.

Znaczenie kontroli zaświadczeń lekarskich wynika stąd, że zgodnie z art. 50 ustawy zasiłkowej - przy ustalaniu prawa do zasiłku - odpowiednie zaświadczenie lekarskie stanowi dowód stwierdzający czasową niezdolność do pracy, przewidywaną datę porodu, chorobę członka rodziny powodującą konieczność sprawowania opieki, okres pobytu w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej.

Jeśli chodzi o wspomniane w zarządzeniu z 30 grudnia 1974 r. przepisy o orzecznictwie lekarskim, to począwszy od obowiązywania ustawy zasiłkowej, uległy one istotnej ewolucji. Przez długi okres /do końca 1988 r./, obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 lutego 1968 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy²⁹. Rozporządzenie to zawierało szereg administracyjnych barier, które miało ograniczać prawo lekarza leczącego do wydawania długotrwałych zwolnień lekarskich. Nakładało ono na lekarza prowadzącego leczenie, aby w przypadku gdy stan zdrowia pracownika uzasadniał wydanie orzeczenia na okres przekraczający 30 dni, skierował go na badanie konsultacyjne /paragraf 11 rozporządzenia/. W razie gdy lekarz leczący nie podzielił opinii konsultacyjnej o braku konieczności orzeczenia dalszej niezdolności do pracy i uważał, że podjęcie zatrudnienia mogło się niekorzystnie odbić na zdrowiu pracownika, zawiadamiał o tym lekarza, który wydał opinię oraz właściwego lekarza inspektora orzecznictwa. Instytucja lekarza inspektora przyjęta w rozporządzeniu obejmowała szereg zadań nadzorczych w zakresie prawidłowości i zasadności wydawanych orzeczeń lekarskich. Inspektorzy orzecznictwa upoważnieni byli także do wydawania wstecznych zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 kwietnia 1993 r.³⁰ odeszło od potrzeby zasięgania opinii konsultacyjnych w przypadku orzekania niezdolności od pracy powyżej 30 dni.

Zgodnie z paragrafem 8 nowego rozporządzenia lekarz oraz lekarz dentyista, prowadzący leczenie mógł wydać orzeczenie lekarskie na okres, w którym pracownik ze względu na stan zdrowia powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym według oceny lekarza prowadzącego leczenie, niezbędne jest ponowne badanie stanu zdrowia pracownika.

Unormowanie z 1993 r. wprowadziło szereg innych istotniejszych zmian w zasadach orzekania o czasowej niezdolności do pracy. Przede wszystkim przyznano prawo do wydawania orzeczeń o czasowej niezdolno-

sci do pracy oraz orzeczeń stwierdzających przewidywaną datę porodu i datę odbytego porodu - lekarzom i lekarzom dentyistom praktykującym prywatnie. Ponadto zrezygnowano z wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu porodu na druku Mz L-4 a, przyjmując za wystarczające "zwykłe" zaświadczenie. Wreszcie omawiane rozporządzenie powołało do sprawowania kontroli nad orzecznictwem lekarskim nowe organy, a mianowicie: wojewódzkiego lekarza kontroli nad orzecznictwem lekarskim oraz lekarzy kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy oddziałów ZUS. Zakres kontroli obejmował przede wszystkim ocenę prawidłowości orzeczeń lekarskich oraz prowadzenie dokumentacji lekarskiej.

W przypadku stwierdzenia istotnych, powtarzających się uchybień, przewidziano po stronie lekarzy kontrolujących uprawnienie do występowania do kierownika Zakładu Opieki Zdrowotnej z wnioskiem o dodatkowe przeszkolenie lekarza, a w stosunku do lekarzy i lekarzy dentyistów praktykujących prywatnie - do zobowiązania do odbycia szkolenia.

Kolejne zmiany przyniosły przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej wydane w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 17 maja 1996 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy³¹. Wymienione rozporządzenie określiło zasady i tryb wydawania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, a także zakres kontroli nad orzecznictwem lekarskim. Warto odnotować, że nowym elementem, które wprowadziło to rozporządzenie, jest wymóg odbycia przez lekarzy praktykujących prywatnie i uprawnionych do wydawania orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy, przeszkolenia w zakresie przepisów dot. orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz zasad wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Unormowanie to przewidywało - po raz pierwszy - konieczność wypowiedzenia się przez lekarza leczącego o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej pacjenta. Obowiązek taki powstaje w sytuacji wyczerpania 30 dni niezdolności do pracy. Jeśli lekarz prowadzący leczenie uzna taką potrzebę, wówczas wypełnia stosowny wniosek o przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej, który następnie jest składany w danym Oddziale ZUS. Zasada ta została wprowadzona w związku ze zmianą ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych³². Na mocy zmienionej ustawy ZUS został zobowiązany do prowadzenia rehabilitacji leczniczej w odniesieniu do osób pobierających świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy i zagrożonych stałą lub długotrwałą niezdolnością do pracy.

Rehabilitacja lecznicza ma na celu przywrócenie pracownikowi zdolności do pracy, a tym samym skrócenie okresu pobierania zasiłku chorobowego. Prawidłowość stosowania zasad orzeczniczych, a także wpisu numeru statystycznego choroby lub urazu na orzeczeniu, podlega z mocy paragrafu 21 pkt 1 kontroli przez wojewódzkich lekarzy kontroli nad orzecznictwem lekarskim oraz lekarzy kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy Oddziałów ZUS. Podmioty te ma-

ją obowiązek również dokonywać kontroli nad prawidłowością działania kierowników zakładów opieki zdrowotnej w zakresie przypisanym im przez omawiany przepis.

Zaświadczenie o niezdolności do pracy wydawane jest na specjalnym druku ścisłego zarachowania /Mz L-4/. Istotnym elementem zaświadczenia wydawanego na tym druku jest informacja o numerze statystycznym choroby. Umożliwia bowiem prawidłowe ustalenie okresu wypłaty zasiłku chorobowego.

W związku z akcją protestacyjną służby zdrowia od września 1996 r. do początku 1999 roku, zamiast zaświadczeń na ustalonych drukach, wystawiane były zaświadczenia potwierdzające niezdolność do pracy na zwykłych blankietach. W konsekwencji brak było również informacji o wskazaniach na zwolnieniu lekarskim zaleceń "chory może chodzić" lub "chory winien leżeć". Inną formą protestu było wystawianie zaświadczeń na wymaganym druku, bez ujawniania numeru statystycznego. Działania te dodatkowo utrudniały możliwość przeprowadzania efektywnej kontroli.

Szczególny problem dotyczący nieuzasadnionej absencji chorobowej dotyczy - jak wynika z przytoczonej w części I statystyki - osób prowadzących działalność gospodarczą.

W związku z powyższym w 1998 r. dokonano kontroli 40 osób prowadzących działalność gospodarczą, które w 1997 r. wykorzystwały co najmniej 90-dniowy okres zasiłkowy. W jej wyniku dokonano analizy 222 zwolnień lekarskich wydanych dla wymienionych 40 osób. Stwierdzono, że z ogólnej liczby 222 zbadanych zwolnień, 158 zwolnień zostało wydanych przez publiczne zakłady służby zdrowia, a 64 przez lekarzy prywatnie praktykujących. Oznacza to, że zdecydowana liczba świadczeń leczniczych udzielana jest w dalszym ciągu przez publiczne zakłady służby zdrowia, a zatem nic nie wskazuje na zwiększenie poziomu absencji chorobowej w związku z nadaniem uprawnień do orzekania o czasowej niezdolności do pracy lekarzom praktykującym prywatnie.

Główne zarzuty w stosunku do lekarzy orzekających o czasowej niezdolności do pracy dotyczą:

- nieczytelności dokumentacji lekarskiej,
- braku lub lakonicznego uzasadniania wydawanych orzeczeń,
- niepotwierdzania dodatkowymi badaniami diagnozy z wywiadu i badań podmiotowych,
- długotrwałego prowadzenia leczenia chorego bez kierowania na badania specjalistyczne bądź hospitalizację,
- braku kierowania na rehabilitację leczniczą.

W jednym przypadku stwierdzono wykorzystanie okresu zasiłkowego w ilości 270 dni do 25 lutego 1996 r. oraz ponownie - kolejny okres zasiłkowy w ilości 180 dni do 30 stycznia 1998 r. Jednocześnie stwierdzono, że w dokumentacji lekarskiej brak badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, wreszcie skierowania na rehabilitację leczniczą.

Kontrola domowa

Formę kontroli domowej pracowników korzystających ze zwolnień lekarskich przewiduje aktualnie Zarządzenie Ministra Pracy, Płac i Spraw Socjalnych z dnia 30 grudnia 1974 r. w sprawie kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy³³ wydane na podstawie upoważnienia zawartego w ustawie zasiłkowej. Celem tej kontroli jest ustalenie, czy pracownik zwolniony od pracy nie wykonuje innej pracy zarobkowej lub uciążliwych czynności mogących przedłużyć okres niezdolności do pracy oraz czy nie wykorzystuje zwolnienia w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem, a w szczególności, czy nie narusza wskazań lekarskich /paragraf 10 zarządzenia/.

Obowiązek dokonywania kontroli domowej pracowników został w Polsce wprowadzony w 1958 r. na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1958 r. o zwalczaniu nadużyć w zakresie wykorzystywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy³⁴. Ustawa ta obowiązek kontroli przypisywała różnym organom, tj. zakładom pracy, organom ubezpieczeń społecznych oraz właściwym organom administracji rad narodowych. W praktyce ciężar kontroli spoczywał przede wszystkim na zakładach pracy. Mimo tak dużego kręgu instytucji powołanych do sprawowania kontroli, efekty kontroli nie były zadawalające, a absencja chorobowa wzrastała. W literaturze - wobec takiego stanu rzeczy - zaproponowano, aby powołać tylko jeden organ uprawniony do dokonywania kontroli domowych³⁵. Ustawa z 1958 r. została uchylona przepisami ustawy zasiłkowej z 1974 r. Nie zdecydowano się jednakże na zrezygnowanie z kontroli domowej.

W związku z wejściem w życie Kodeksu Pracy w 1974 r. wydano rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 1974 r. w sprawie regulaminów pracy oraz zasad usprawiedliwiania nieobecności w pracy i udzielania zwolnień od pracy³⁶. Regulacja ta zezwoliła pracownikom na doręczanie zakładowi pracy właściwego zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy dopiero w dniu przystąpienia do pracy. Rozporządzenie nakazywało jedynie aby, najpóźniej w dniu następnym od stwierdzonej niezdolności do pracy powiadomić o tym zakład pracy.

Oznaczało to istotne ograniczenie możliwości kontrolowania prawidłowości wykorzystania zwolnień lekarskich, zwłaszcza w przypadkach krótkotrwałych niezdolności do pracy.

3. Rehabilitacja

Jak już wspomniano, rozporządzenie z dnia 17 maja 1996 r.³⁷ w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy przewiduje konieczność wypowiedzenia się przez lekarza leczącego o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej. Jeśli lekarz prowadzący leczenie uzna taką potrzebę, wówczas wypełnia stosowny wniosek o przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej, który składa w Oddziale ZUS. Celem rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie pracownikowi zdolności do pra-

cy, a tym samym skrócenie okresu pobierania zasiłku chorobowego.

Ponieważ głównymi przyczynami niezdolności do pracy są schorzenia narządu ruchu i układu krążenia, wczesną rehabilitacją leczniczą objęto te dwie grupy schorzeń.

Zauważyć należy, że wzrasta zainteresowanie tą problematyką przez lekarzy leczących. I tak: o ile w 1996 r. wnioski o rehabilitację leczniczą nadesłane do Oddziału przez lekarzy leczących z własnej inicjatywy stanowiły zaledwie 1% ogółu wniosków, to w 1997 r. stanowiły już 26 %, a w 1998 r. - 29,4%.

Efekty rehabilitacji

Tabela nr 4 przedstawia efekty rehabilitacji 43 osób poddanych rehabilitacji leczniczej w 1997 r. oraz 284 osób w 1998 r.

Tabela nr 4.

REHABILITACJA W ODDZIALE ZUS W PŁOCKU W LATACH (1997-1998)									
ROK	ILOŚĆ OSÓB REHABILITOWANYCH	EFEKT REHABILITACJI							
		ZDOLNY DO PRACY		ZDOLNY Z OGRANICZENIEM		NIEZDOLNY DO PRACY		BRAK WSKAZAŃ W INFORMACJI O LECZENIU REHAB.	
		W LICZBACH	%	W LICZBACH	%	W LICZBACH	%	W LICZBACH	%
1997	43	20	47%	18	42%	3	7%	2	4%
1998	284	90	31,7%	107	37,7%	76	26,7%	11	3,9%

Jak widać z tabeli, znacząca większość osób poddanych rehabilitacji została uznana za zdolnych do pracy /łącznie z osobami uznanymi za zdolnych do pracy z ograniczeniem/. Odsetek osób uznanych za niezdolnych do pracy wzrósł co prawda z 7% w 1997 do 26,7% w 1998 r., lecz i tak pozostał niewysoki. Jednak biorąc pod uwagę przyznane świadczenia po rehabilitacji, na wymienione efekty rehabilitacji potrzebę należy już mniej optymistycznie. Bowiem wśród 235 osób uznanych za zdolnych do pracy w latach 1997-1998, tylko 41 nie korzystało z dalszych świadczeń po przeprowadzonej rehabilitacji.

Wnioski

Znaczący wzrost absencji chorobowej po 1989 r. nie jest przypadkowy. Zbiega się z załamaniem podstaw gospodarczych systemu. W następstwie dokonującego się przeobrażenia ustroju gospodarczego, skutkującego upadkiem i likwidacją dużych przedsiębiorstw państwowych, następowały bardzo niekorzystne zjawiska społeczne - głównie bezrobocie. Nie mogły one ominąć terenu byłego województwa płockiego.

Próby wyjaśniania przyczyn zjawiska absencji pogorszeniem stanu zdrowotnego społeczeństwa, czy ograniczonym dostępem do pomocy zdrowotnej nie

znajdują żadnego uzasadnienia w rzeczywistości. A jeśli tak - to mieliśmy do czynienia z absencją nieuzasadnioną.

O ile problem nieuzasadnionej absencji da się w początkowym okresie transformacji ustrojowej tłumaczyć masowymi zwolnieniami i chęcią "ratowania" się ubezpieczonych przed skutkami ogromnego bezrobocia, to w ostatnich latach zjawisko to ociera się o granice patologii. Trzeba jednak pamiętać, że Oddział ZUS w Płocku ponosił coraz to większy ciężar finansowania wyżej wymienionych wydatków, a z instytucji prawa do zasiłku z ubezpieczenia społecznego uczyniono poważne acz nieuzasadnione źródło dochodów ubezpieczonych. Najjaskrawiej widać to na przykładzie osób prowadzących działalność gospodarczą na własny rachunek.

Dlaczego taka sytuacja była możliwa? Omówiony powyżej - a jak próbowano wykazać - wielce niedoskonały i nieszczelny system w zakresie uprawnień do zasiłków, pozwalał na taką praktykę. Przy czym - co wymaga podkreślenia - nie został ów system istotnie zmodyfikowany do chwili obecnej. To poważny błąd zaniechania.

Wśród regulacji sprzyjających korzystaniu z prawa do zasiłku chorobowego wskazać należy przede wszystkim:

- praktyczne zrezygnowanie z okresów karencyjnych,
- brak lub niedostateczny okres wyczekiwania na powstanie prawa do zasiłku,
- brak dostatecznej proporcji między okresem zatrudnienia /opłacania składki/ a okresem korzystania ze świadczeń,

- atrakcyjny wymiar zasiłku chorobowego, przekraczający często poziom osiąganego wynagrodzenia.

Jednocześnie istniała łatwość w uzyskaniu zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy.

Praktyce uzasadnionego odchodzenia od różnorodnych administracyjnych barier w uzyskiwaniu prawa do zwłazszcza długotrwałych zwolnień z tytułu niezdolności do pracy, nie towarzyszyła tendencja do wprowadzenia rzeczywistej odpowiedzialności lekarza za wydanie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy.

Przyjęta od 1993 r. możliwość kontroli wydawanych zaświadczeń o niezdolności do pracy, wobec braku rzeczywistych możliwości dyscyplinowania lekarzy, nie mogła przynieść spodziewanych efektów. Tym bardziej, że nie zdecydowano się na możliwość weryfikacji wydanych zaświadczeń poprzez badanie osób leczących.

Osoby te podlegać mogły jedynie kontroli domowej ze strony pracodawców bądź Oddziału ZUS, lecz jedynie w aspekcie stosowania się do zaleceń lekarskich.

System rehabilitacji wprowadzono zdecydowanie za późno, a nadto nie jest w pełni wykorzystywany, skoro część osób uznanych za zdolnych do pracy w wyniku rehabilitacji korzysta nadal ze świadczeń chorobowych. W tej sytuacji zasadnicze zmiany w całym pakiecie systemu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego czekają na wprowadzenie.

PRZYPISY:

- ¹ Dz.U. z 1995 r., nr 16, poz. 77.
- ² Dz.U. z 1933 r., nr 51, poz. 396.
- ³ W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*. Warszawa 1987, s. 156.
- ⁴ Dz.U. z 1954 r., nr 22, poz. 396.
- ⁵ T. Żyliński, *Świadczenia chorobowe*, [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*. Wrocław 1991, s. 310.
- ⁶ Ustawa z 1 lutego 1983 r. o zmianie niektórych przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego i o zaopatrzeniu emerytalnym, Dz.U. z 1983 r., nr 5, poz. 33.
- ⁷ Dz.U. z 1995 r., nr 16, poz. 77.
- ⁸ Tekst jednolity: Dz.U. z 1983 r., nr 27, poz. 135 z późniejszymi zmianami.
- ⁹ Tekst jednolity: Dz.U. z 1989 r., nr 46, poz. 250 z późniejszymi zmianami.
- ¹⁰ Tekst jednolity: Dz.U. z 1995 r., nr 65, poz. 333 z późniejszymi zmianami.
- ¹¹ Patrz przypis 8.
- ¹² Dz.U. z 1989 r. nr 29, poz. 156 z późniejszymi zmianami.
- ¹³ Dz.U. z 1991 r., nr 7, poz. 24.
- ¹⁴ Patrz przypis 2.
- ¹⁵ Dz.U. z 1995 r. nr 65, poz. 333 z późniejszymi zmianami.
- ¹⁶ Patrz przypis 10.
- ¹⁷ Patrz przypis 15.
- ¹⁸ W. Szubert, *Ubezpieczenie...*, op.cit., s. 153.
- ¹⁹ Tamże, s. 157.
- ²⁰ Dz.U. z 1972 r., nr 27, poz. 191.
- ²¹ Patrz przypis 10.
- ²² W. Szubert, *Ubezpieczenie...*, op.cit., s. 158.
- ²³ Patrz przypis 1.
- ²⁴ Dz.U. z 1958 r., nr 7, poz. 43.
- ²⁵ U. Prasznic, *Finansowanie przez uspołecznione zakłady pracy wydatków na zasiłki chorobowe*, [w:] *Ubezpieczenie chorobowe*, Wrocław 1984, s. 112.
- ²⁶ Tamże.
- ²⁷ Patrz przypis 10.
- ²⁸ *Monitor Polski /dalej: MP/* nr 43, poz. 263.
- ²⁹ Dz.U. nr 7, poz. 42 z późniejszymi zmianami.
- ³⁰ Dz.U. nr 38, poz. 171.
- ³¹ Dz.U. nr 63, poz. 302.
- ³² Dz.U. nr 85, poz. 426.
- ³³ M.P. nr 42, poz. 263.
- ³⁴ Patrz przypis 24.
- ³⁵ S. Jedynek, *O skuteczniejsze przeciwdziałanie absencji chorobowej*, "P i Z S" 1971, nr 5.
- ³⁶ Dz.U. nr 49, poz. 299.
- ³⁷ Patrz przypis 31.