

Marek POGONOWSKI

Politechnika Koszalińska

ORCID: 0000-0002-2965-9576

## Prewencja rentowa jako metoda przeciwdziałania niezdolności do pracy. Wybrane aspekty

**Streszczenie:** Artykuł prezentuje dwa aspekty prewencji rentowej realizowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, tj. rzeczowy – obejmujący infrastrukturę umożliwiającą rehabilitację leczniczą oraz finansowy – obejmujący świadczenia pieniężne, których wypłata stanowi zabezpieczenie materialne w czasie procesu powrotu do zdrowia. Autor stawia hipotezę, że przedstawione aspekty prewencji rentowej mają znaczenie w przeciwdziałaniu niezdolności do pracy. Przyjęta w rozważaniach metodologia oparta na analizie danych statystycznych i wykorzystująca metody interpretacji i porównania danych zgromadzonych i udostępnionych przez instytucje publiczne, w szczególności Zakład Ubezpieczeń Społecznych, potwierdziła znaczenie prewencji w przeciwdziałaniu niezdolności do pracy oraz redukcji kosztów ponoszonych przez budżet państwa z tego tytułu. Wymiar rzeczowy prewencji rentowej przyspiesza powrót do pracy poprzez efektywną rehabilitację medyczną. Wymiar finansowy zapewnia poczucie bezpieczeństwa socjalnego, dzięki świadczeniom wypłacanym z ubezpieczenia społecznego (takim jak: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta z tytułu niezdolności do pracy czy renta szkoleniowa). Istotne znaczenie ma także zaobserwowana tendencja obniżania wysokości świadczeń przysługujących podczas procesu powrotu do zdrowia.

**Słowa kluczowe:** prewencja rentowa, świadczenia z ubezpieczenia społecznego, rehabilitacja lecznicza, niezdolność do pracy

---

### Wstęp

W ostatnim dziesięcioleciu XX wieku pojawił się w Polsce problem z wzrastającą liczbą osób w wieku produkcyjnym, które z powodu następstw chorób traciły zdolność do pracy zarobkowej. W konsekwencji otrzymywały świadczenia rentowe. Obciążało to w coraz większym stopniu budżet państwa. Konieczne było zatem rozwiązanie, które przyniesie wymierne efekty finansowe, głównie poprzez przywrócenie zdolności do pracy. Zadanie stworzenia systemowych rozwiązań powierzono w głównej

mierze instytucjom ubezpieczenia społecznego. Instytucją wiodącą w tym zakresie został Zakład Ubezpieczeń Społecznych<sup>1</sup>, zobowiązany ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>2</sup> do prowadzenia prewencji rentowej.

W niniejszym artykule autor odniesie się do dwóch aspektów prewencji rentowej realizowanej przez ZUS, które się uzupełniają i tylko w połączeniu dają gwarancję skuteczności. Pierwszy – rzeczowy – obejmuje infrastrukturę umożliwiającą rehabilitację leczniczą, w tym usługi rehabilitacyjne, sanatoria, ambulatoria. Drugi – finansowy – obejmuje różnego rodzaju świadczenia pieniężne, których wypłata stanowi zabezpieczenie materialne w czasie procesu powrotu do zdrowia. Źródłem utrzymania rekompensującym utratę wynagrodzenia za pracę lub dochodu z tytułu innej aktywności zawodowej są świadczenia wypłacane przez ZUS.

Autor stawia hipotezę, że przedstawione aspekty prewencji rentowej mają znaczenie w przeciwdziałaniu niezdolności do pracy. Przyjęta w rozważaniach metodologia opiera się na analizie danych statystycznych i wykorzystuje metody interpretacji i porównania danych zgromadzonych i udostępnionych przez instytucje publiczne, w szczególności ZUS.

Pierwszy wymiar – rzeczowy przyśpiesza powrót do pracy poprzez efektywną rehabilitację medyczną. Drugi – finansowy zapewnia bezpieczeństwo socjalne podczas procesu powrotu do zdrowia (świadczenia z ubezpieczenia społecznego) oraz przyjętą tendencję – obniżania wysokości przysługujących świadczeń.

Hierarchiczność polegająca na rzeczywistym obniżeniu przysługujących świadczeń ma motywować do jak najszybszego powrotu do pracy. Najwyższy, w stosunku do wynagrodzenia, jest zasiłek chorobowy wypłacany przy krótkotrwałej niezdolności do pracy, który zazwyczaj stanowi 80 proc. wynagrodzenia<sup>3</sup>. Nieco niższe jest świadczenie rehabilitacyjne (90 proc. zasiłku chorobowego). Natomiast renta z tytułu niezdolności do pracy, jest najczęściej świadczeniem zdecydowanie niższym<sup>4</sup>. W relacji do przeciętne-

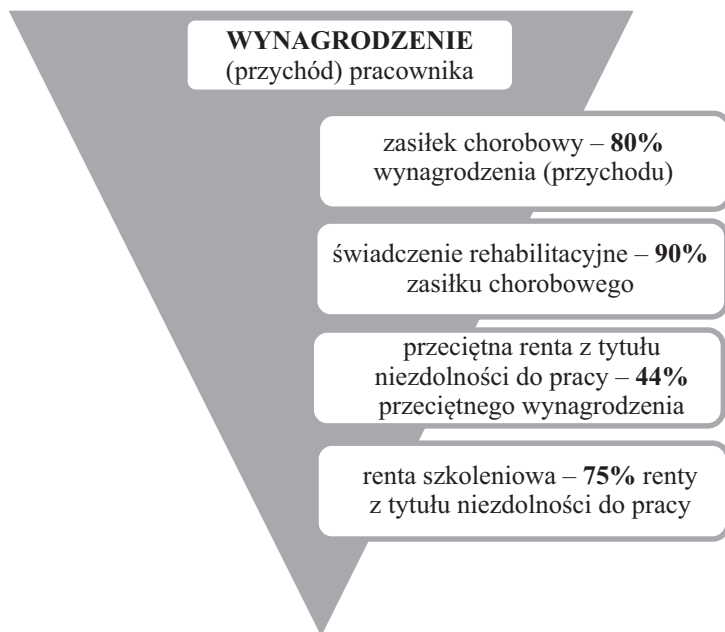
<sup>1</sup> Dalej: ZUS, Zakład.

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, tekst jednolity Dz. U. 2019, poz. 300 ze zm., zwana dalej ustawą systemową.

<sup>3</sup> Szczegółowe zasady dotyczące wysokości zasiłku chorobowego zawiera art. 11 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwana dalej ustawą zasiłkową, tekst jednolity Dz. U. 2019, poz. 645 ze zm.

<sup>4</sup> Zgodnie z art. 62 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zwanej dalej ustawą o emeryturach i rentach z FUS, tekst jednolity Dz. U. 2018, poz. 1270 ze zm. wysokość renty dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy wynosi: 24 proc. kwoty bazowej oraz po 1,3 proc. podstawy jej wymiaru za

go wynagrodzenia, przeciętna renta z tytułu niezdolności do pracy w 2018 roku stanowiła 44,0 proc.<sup>5</sup> Renta szkoleniowa będąca specyficznym rodzajem świadczenia, które wprost ma służyć aktywizacji zawodowej, stanowi zaledwie 75 proc. wysokości renty z tytułu niezdolności do pracy.



Rys. 1. Uproszczony schemat hierarchicznej wysokości świadczeń wypłacanych przez ZUS

**Źródło:** Opracowanie własne.

Przedstawione rozważania, w szczególności odnoszące się do wysokości świadczeń, nie dotyczą świadczeń przysługujących ubezpieczonym,

każdy rok okresów składkowych; 0,7 proc. podstawy jej wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych; po 0,7 proc. podstawy jej wymiaru za każdy rok okresu brakującego do pełnych 25 lat okresów składkowych oraz nieskładkowych, przypadających od dnia zgłoszenia wniosku o rentę do dnia, w którym rencista osiągnąłby wiek emerytalny 60 lat.

<sup>5</sup> Relacja do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pomniejszonego o obowiązkową składkę na ubezpieczenia społeczne płaconą przez ubezpieczonego. Wynagrodzenie to wyniosło w okresie I-XII 2018 – 4033,88 zł (*Informacja o świadczeniach pieniężnych z funduszu ubezpieczeń społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego*, 2018, s. 29).

których niezdolność do pracy jest spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy. Udowodnienie okoliczności potwierdzających wypadek wiąże się z korzystniejszym sposobem obliczania wysokości świadczeń – np. wysokość zasiłku chorobowego wynosi 100 proc. podstawy wymiaru.

Celem artykułu – w kontekście wcześniej przyjętej hipotezy badawczej – jest wykazanie, iż realizowany program prewencji rentowej w sposób wymierny wpływa na poziom bezpieczeństwa socjalnego. Z jednej strony prowadzi – dzięki zabiegom o charakterze medycznym – do zachowania aktywności zawodowej, a przez to uzyskiwania samodzielnie dochodów z pracy lub działalności. Z drugiej strony – dzięki ograniczeniu wydatków na świadczenia grupy ludzi z zachowaną zdolnością do aktywności zawodowej – umożliwia przeznaczenie środków finansowych na inne cele społeczne.

### Rzeczowy wymiar prewencji rentowej

Istotą prewencji prowadzonej przez ZUS jest ograniczenie sytuacji społecznie niepożądaney, związanej z przejściowym korzystaniem z zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także rent okresowych z tytułu niezdolności do pracy, w przypadku ubezpieczonych, którzy rokują, że po rehabilitacji leczniczej będą zdolni do pracy<sup>6</sup>. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej obejmował na początku (tj. od 1996) tylko schorzenia narządu ruchu i układu krążenia. Sukcesywnie obejmowano nim kolejne schorzenia: układu oddechowego (2001), psychosomatyczne (2005), układu krążenia (2009). W 2010 roku wprowadzono rehabilitację dla kobiet po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, a w 2013 roku rehabilitację schorzeń narządu głosu (Wilmonska-Pietruszyńska, 2016, s. 1). Zgodnie ze stanem na 15 marca 2018 roku, program prowadzony był w ramach umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi: w trybie stacjonarnym – 84, ambulatoryjnym – 37, rehabilitacja w schorzeniach układu krążenia monitorowana telemedycznie w systemie ambulatoryjnym – 4 (*Wykaz ośrodków rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS w podziale na profile schorzeń w kolejności wg miejscowości rehabilitacji zgodnie ze stanem na 15.03.2018*, data dostępu 20.05.2018). Rocznie wydawanych jest ponad 89 tys. orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej na wniosek lekarza leczącego (bez orzeczeń wydanych w wy-

<sup>6</sup> Art. 69 ustawy systemowej.

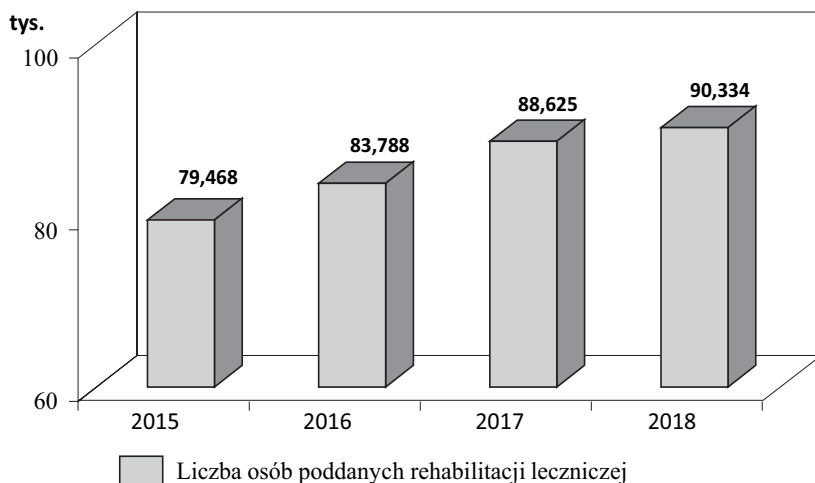
niku kontroli czasowej niezdolności do pracy) – w 2018 r. było to 90 418 orzeczeń (*Informacja o świadczeniach pieniężnych*, s. 47).

Rehabilitacja lecznicza może być prowadzona w trybie stacjonarym i ambulatoryjnym. Rehabilitacja prowadzona jest we współpracujących z ZUS ośrodkach rehabilitacyjnych o odpowiednim profilu schorzeń. Zakład kontraktuje wyłącznie ośrodki spełniające określone wymagania prawne, kadrowe, lokalowe i medyczne. Wymagania dla świadczeniodawców są bardzo szczegółowe i obejmują, oprócz wymagań bezpośrednio dotyczących zakresu i organizacji programu rehabilitacji, także te związane z infrastrukturą. Na przykład obiekt powinien posiadać odpowiednią lokalizację, tereny rekreacyjne, bazę hotelową z udogodnieniami dla osób niepełnosprawnych oraz standardy żywienia, kadrę lekarską, pielęgniarską i specjalistyczną.

Ubezpieczony nie ponosi kosztów związanych z rehabilitacją. Całkowity koszt uwzględniający koszty leczenia, zakwaterowania i żywienia, a także koszt dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego z miejsca zamieszkania i z powrotem (do wysokości ceny biletu najtańszego środka komunikacji publicznej) pokrywa ZUS.

Obserwuje się sukcesywny wzrost zainteresowania rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS. Trend ten przedstawia wykres 1.

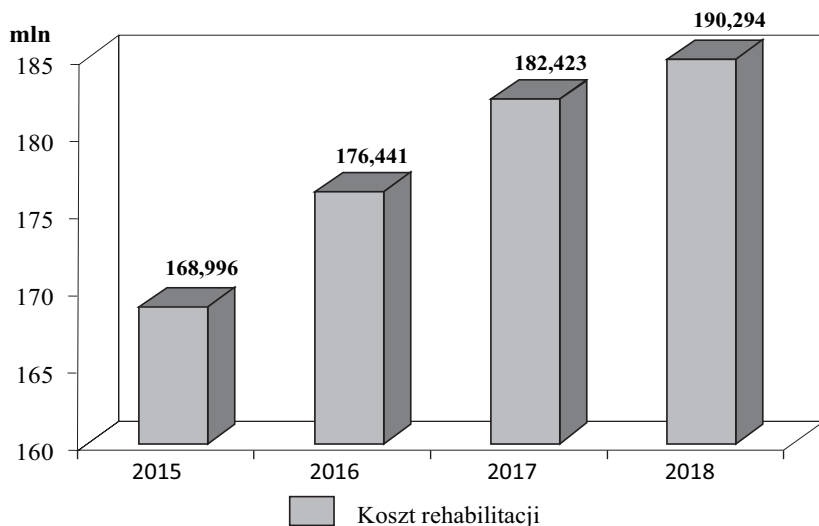
**Wykres 1. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 2015–2018 w tys.**



**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie materiałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, <http://psz.zus.pl>, 29.01.2020.

Co oczywiste, wraz ze wzrostem liczby osób poddanych rehabilitacji leczniczej, wzrasta również jej koszt. Obrazuje to wykres 2.

**Wykres 2. Koszt rehabilitacji leczniczej w latach 2015–2018 w mln zł**



**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie materiałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, <http://psz.zus.pl>, 29.01.2020.

Z rehabilitacji ambulatoryjnej mogą korzystać osoby, które z różnych względów nie mogą opuścić miejsca zamieszkania, co dotyczy głównie schorzeń narządu ruchu oraz układu krążenia (monitorowanie telemedyczne) (Koczur, 2014, s. 140).

Niezależnie jednak od wyboru formy rehabilitacji, kluczowe jest jej wczesne rozpoczęcie, kompleksowość (rehabilitacja medyczna, społeczna, zawodowa) i ciągłość, co przekłada się na jej efektywność. Efektywność rehabilitacji można traktować, jako istotny parametr przekładający się na wymierne korzyści ekonomiczne związane z redukcją kosztów świadczeń wypłacanych z tytułu niezdolności do pracy. Parametr ten obarczony jest jednak szeregiem zastrzeżeń, przede wszystkim z powodu trudności z obiektywizacją wyników rehabilitacji. ZUS wypracował własne kryteria i metodologię badania efektywności rehabilitacji, opartą na danych możliwych do pozyskania w ramach posiadanych zasobów informacyjnych. Początkowo badanie było ankietowe. Obejmowało 12 proc. osób poddanych rehabilitacji w roku poprzednim, typowanych losowo.

Pracownik terenowej placówki ZUS na podstawie dokumentacji źródłowej znajdującej się w aktach, wypełniał szczegółowy kwestionariusz (Koczur, 2014, s. 145–147). Od 2014 roku badanie jest pełne i obejmuje ponad 98 proc. osób z ogólnej populacji poddanych rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. ZUS wykorzystuje do tego celu informacje zawarte w systemie informatycznym, dotyczące: jednostek chorobowych będących przyczyną skierowania na leczenie rehabilitacyjne, świadczeń pobieranych w okresie 12 miesięcy przed skierowaniem na rehabilitację, świadczeń pobieranych w okresie 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, jednostek chorobowych, z tytułu których pobierano świadczenia po rehabilitacji oraz cech demograficzno-społecznych badanych osób, takich jak wiek, płeć, zawód, miejsce zamieszkania. Na podstawie analizy informacji formułowane są wnioski odnośnie skuteczności przeprowadzonej rehabilitacji leczniczej (Łabęcka, Zalewska, 2019, s. 6). Rehabilitacja lecznicza uznana jest za skuteczną, jeżeli po jej zakończeniu ubezpieczony nie korzystał z żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym lub jedynym świadczeniem pobieranym po rehabilitacji jest zasiłek chorobowy nieprzekraczający 20 dni. Jest to procentowy wskaźnik oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej. Przykładowe wyniki podsumowujące analizę za 2015 rok wskazują, że leczenie rehabilitacyjne okazało się skuteczne w przypadku 43,4 proc. ogólnej populacji rehabilitowanych. Jeżeli przyjąć dodatkowy czynnik analizy, tj. tę samą jednostkę chorobową, z tytułu której pobierano świadczenia w momencie skierowania na rehabilitację leczniczą, jak i w okresie 12 miesięcy po jej zakończeniu, leczenie rehabilitacyjne okazało się skuteczne w przypadku 59,7 proc. rehabilitowanych (Łabęcka, Zalewska, 2019, s. 80).

### **Finansowy wymiar prewencji rentowej**

Wydatki na prewencję rentową finansowane są z wyodrębnionego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych funduszu rentowego. Co-rocennie kwota wydatków określana jest w ustawie budżetowej i wynosi do 0,4 proc. wydatków na świadczenia z ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego i wypadkowego, przewidzianych w planie finansowym FUS na dany rok budżetowy<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Art. 55–57 ustawy systemowej.

Znacząco wyższą kwotę stanowią wydatki na świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego, które w ujęciu niniejszego artykułu można potraktować jako finansowy aspekt prewencji rentowej, bez którego jej rzeczowy wymiar byłby nieskuteczny, a czasami nawet niemożliwy. Wydatki te są szczegółowo dokumentowane i dlatego można je monitorować i analizować. Tabela 1 zawiera dane liczbowe w ujęciu przekrojowym, które obrazują skalę i strukturę wydatków na świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego.

Tabela 1

**Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy  
w latach 2015–2018 w tys. zł**

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Renty z tytułu niezdolności do pracy, w tym:	15 353 573,4	15 007 081,9	14 608 136,0	13 689 477,0
– renty wypadkowe i renty socjalne	5 612 708,6	7 557 007,2	6 342 441,9	6 727 647,2
Świadczenia rehabilitacyjne	1 370 389,2	1 525 158,0	1 665 471,5	1 728 042,9
Absencja chorobowa finansowana z FUS oraz z funduszy zakładów pracy	15 085 202,3	16 282 733,1	17 651 400,0	18 443 634,3
Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS	168 995,9	176 441,1	182 422,6	190 293,5

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie materiałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, <http://psz.zus.pl>, 29.01.2020.

Zaprezentowane dane wskazują tendencję wzrostową wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem. W latach 2016–2018 najwyższy odsetek w tych wydatkach stanowiły wydatki na absencję chorobową wypłacane przez ZUS i z funduszy zakładów pracy. Sięgając do danych historycznych należy stwierdzić, że w latach wcześniejszych największy koszt generowały renty z tytułu niezdolności do pracy. Dodatkowo trzeba pamiętać, że oceniając koszty chorowania, należy włączać do rachunku także inne koszty, na przykład utraconej produktywności (Wiktorow, 2012, s. 135–139).

Katalog świadczeń możliwych do uzyskania przez ubezpieczonych jest zróżnicowany nie tylko pod względem stopy zastąpienia utraconego wynagrodzenia, ale również pod względem warunków niezbędnych do uzyskania uprawnień. Oprócz warunku koniecznego, jakim jest w każdym przypadku stwierdzenie niezdolności do pracy, występuje szereg



dodatkowych wymogów. I tak dla przykładu, aby uzyskać rentę z tytułu niezdolności do pracy trzeba legitymować się określonym okresem składkowym i nieskładkowym, a niezdolność do pracy musi powstać w czasie trwania ubezpieczenia (lub 18 miesięcy od jego ustania)<sup>8</sup>.

### **Zasiłek chorobowy**

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który podlega ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia. W przypadku dobrowolnego podlegania okres ten wydłużony jest do 90 dni. Ustawa zasiłkowa przewiduje jednak sytuacje, których okres tzw. wyczekiwania nie dotyczy. Maksymalny okres pobierania zasiłku jest ustawowo ograniczony i wynosi 182 dni. Odstępstwo od tej zasady dotyczy przypadku, gdy niezdolność do pracy spowodowana jest gruźlicą lub przypada w trakcie ciąży. Wówczas maksymalny okres wypłaty wydłuża się do 270 dni.

Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 80 proc. podstawy wymiaru zasiłku. W szczególnych sytuacjach podstawowa stopa procentowa może zostać obniżona lub podwyższona. Do 70 proc. obniża się zasiłek za okres pobytu w szpitalu, chyba że pracownik ukończył 50 rok życia. Wtedy zasiłek wynosi 80 proc. podstawy wymiaru zasiłku (od 15 do 33 dnia niezdolności do pracy w roku kalendarzowym). Podwyższenie zasiłku chorobowego do 100 proc., dotyczy sytuacji, kiedy niezdolność lub niemożność wykonywania pracy, przypada w okresie ciąży, związana jest z badaniami lekarskimi przewidzianym dla kandydatów na dawców i dawców komórek, tkanek i narządów lub powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub w pracy<sup>9</sup>. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie (przychód) pracownika, które zostało mu wypłacone.

### **Świadczenie rehabilitacyjne**

Po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego, czyli po 182 dniach, a w przypadku gruźlicy lub zachorowania przypadającego w okresie ciąży – po 270 dniach, kiedy ubezpieczony nadal nie odzyskał zdolności do pracy, ale dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują poprawę stanu zdro-

<sup>8</sup> Art. 57 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

<sup>9</sup> Art. 11 ustawy zasiłkowej.

wia na tyle, aby możliwy był powrót do pracy, ZUS na okres do 12 miesięcy przyznaje świadczenie rehabilitacyjne. Świadczenie jest stosunkowo wysokie, choć ta wysokość jest zróżnicowana. Za okres pierwszych 90 dni jego pobierania wynosi 90 proc. podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, za pozostały okres – 75 proc. tej podstawy. W szczególnych przypadkach: jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży albo spowodowana jest wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, świadczenie rehabilitacyjne wynosi nawet 100 proc. tej podstawy<sup>10</sup>. Po upływie maksymalnego okresu, tj. 12 miesięcy ubezpieczony ma dwie możliwości: powrót do pracy lub renta, o której przyznaniu decyduje lekarz orzecznik ZUS (analogicznie jak przy świadczeniu rehabilitacyjnym).

Wymiar finansowy świadczenia rehabilitacyjnego jest niższy niż zasiłku chorobowego, choć zazwyczaj znacznie przekracza wysokość przeciętnej renty z tytułu niezdolności do pracy. Liczba osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne w okresie do 2017 roku wzrastała. Świadczyć to może o dostrzeganiu przez osoby ubezpieczone pozytywnego oddziaływania programu prewencji. W roku 2018 liczba świadczeniobiorców była nieco niższa, jednak nie można obecnie uznać tego za odwrócenie trendu. Zestawienie porównawcze obrazuje tabela 2.

Tabela 2

**Przeciętna miesięczna liczba świadczeń rehabilitacyjnych  
w latach 2015–2018 w tys.**

	2015	2016	2017	2018
Świadczenia rehabilitacyjne	77,9	82,8	87,4	86,0

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie materiałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Karczewicz, Kania, Zalewska, 2018, s. 12).

### Renta z tytułu niezdolności do pracy

Renta z tytułu niezdolności do pracy przyznawana jest również w związku ze stwierdzeniem niezdolności do pracy. Jednak podstawą nie jest zaświadczenie lekarza leczącego, lecz orzeczenie o niezdolności do pracy, do wydania którego uprawniony jest wyłącznie lekarz orzecznik ZUS. Tryb postępowania wymaga złożenia wniosku wraz z kompletem dokumentacji oraz stawienie się na badanie do siedziby ZUS. Tylko w wyjątkowych sytuacjach, związanych ze stanem zdrowia badanie może

<sup>10</sup> Art. 18–19 ustawy zasiłkowej.

być przeprowadzone w domu ubezpieczonego. System orzekania różni się od oceny stanu zdrowia ocenianego przez lekarzy leczących, których orzeczenie (wydawane wcześniej na druku ZLA, dawniej zwanym L-4, a obecnie – w praktyce od stycznia 2019 – w formie elektronicznej) służy do potwierdzenia czasowej niezdolności do pracy. Badanie przeprowadzane przez lekarza orzecznika polega przede wszystkim na ocenie, czy rodzaj i stopień schorzenia uniemożliwiają ubezpieczonemu wykonywanie pracy zawodowej i uwzględnieniu warunków pracy dotychczasowej.

Przy świadczeniu rentowym, dodatkowym wymogiem – z pewnymi ustawowymi wyłączeniami – jest konieczność legitymowania się określonym stażem ubezpieczeniowym.

Wysokość świadczenia związana jest z orzeczonym stopniem niezdolności do pracy. Obecnie funkcjonują trzy stopnie niezdolności do pracy: częściowa, całkowita oraz całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji. Odwrotnie niż w przypadku świadczenia rehabilitacyjnego, liczba wypłaconych rent z tytułu niezdolności do pracy spada, co przedstawia tabela 3.

Tabela 3

**Przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców rent z tytułu niezdolności do pracy w latach 2015–2018 w tys.**

	2015	2016	2017	2018
Renty z tytułu niezdolności do pracy	982,4	933,8	843,9	750,2

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie materiałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Karczewicz, Kania, Zalewska, 2018, s. 12).

Spadek liczby wypłaconych rent z tytułu niezdolności do pracy jest na przestrzeni ostatnich lat wyraźny. Przyczyniły się do tego niewątpliwie pozytywnego trendu różne przyczyny. Jedną – podstawową z punktu widzenia problematyki artykułu jest prewencja rentowa – a więc zastępowanie świadczenia rentowego działaniami na rzecz poprawy stanu zdrowia. Inną może być też większa dbałość o poprawność orzekania o stanie zdrowia realizowana przez lekarzy orzeczników ZUS.

### **Renta szkoleniowa**

Renta szkoleniowa przyznawana jest ubezpieczonemu, który utracił zdolność do pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie. Przy-

znawana jest osobie spełniającej warunki do otrzymania renty z tytułu niezdolności do pracy, ale w stosunku do niej orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie. Renta szkoleniowa wypłacana jest przez 6 miesięcy. W szczególnych przypadkach może zostać wydłużona lub skrócona. Wydłużenie, ale nie dłużej niż o 30 miesięcy jest możliwe, kiedy jest to czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego. Ta kwestia rozstrzygana jest na podstawie wniosku starosty. Skrócenie następuje, jeżeli przed upływem tego okresu starosta zawiadomi organ rentowy o braku możliwości przekwalifikowania do innego zawodu, lub że osoba zainteresowana nie poddaje się przekwalifikowaniu zawodowemu<sup>11</sup>. Przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowania odzyskania zdolności do pracy uwzględnia się m.in. celowość przekwalifikowania zawodowego. Celowość przekwalifikowania zawodowego uznawana jest wtedy, gdy ubiegający się o rentę trwale utracił zdolność do pracy w do tej pory wykonywanym zawodzie i może odzyskać zdolność do pracy po przekwalifikowaniu (Pławucka, 2014, s. 46). Realizacja tak sformułowanych założeń rodzi problemy w praktyce postępowania. Należy bowiem oprócz oceny w aspekcie medycznym, uwzględnić aspekt zawodowy. W tym zakresie ocena powinna opierać się o ekspertyzy specjalistów z dziedziny szeroko rozumianego rynku pracy. Szczególnie w mniejszych ośrodkach brakuje specjalistów w tym zakresie. Być może z tego powodu liczba przyznawanych rent szkoleniowym znajduje się od lat na znikomym poziomie (w skali kraju oscyluje w granicach 100).

Wysokość renty szkoleniowej stanowi 75 proc. podstawy wymiaru renty (choć nie może być niższa niż najniższa renta dla osoby częściowo niezdolnej do pracy).

### **Racjonalizacja kosztów związanych z niezdolnością do pracy**

Finansowy wymiar prewencji rentowej należy analizować w odniesieniu do całkowitych kosztów związanych z niezdolnością do pracy. Przyjmuje się podział na trzy kategorie, tj.:

- bezpośrednie – medyczne (koszty świadczeń zdrowotnych, w tym leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz re-

---

<sup>11</sup> Art. 60. ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

fundacja kosztów leków) i niemedyczne (opieka sprawowana przez osoby trzecie, refundowanie przez budżet składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe dla osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi, czy też zasiłek pielęgnacyjny dla sprawujących bezpośrednią opiekę ze środków pomocy społecznej) (Wiktorow, 2012, s. 135–139);

- pośrednie – utracona produktywność z powodu absencji chorobowej oraz niezdolności do pracy lub niepełnosprawności oraz koszty wypłacanych świadczeń pieniężnych;
- niemierzalne – trudne do wyrażenia w jednostkach pieniężnych koszty związane z psychologicznym i społecznym wymiarem choroby w postaci bólu, cierpienia oraz poczucia zagrożenia, niespełnienia zawodowego i wykluczenia społecznego (Rudawska, 2013, s. 32–34).

Generalnie najlepiej udokumentowane są wydatki na świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego, ponieważ zawsze są przypisane do konkretnej osoby i konkretnej jednostki chorobowej. Pozostałe wydatki wydają się trudniejsze do policzenia, ale tak szczegółowe ujęcie kosztów związanych z niezdolnością do pracy, jest niezbędne do prowadzenia analiz i badań, dzięki którym można planować i ustanawiać priorytety, na przykład w dziedzinie zdrowia publicznego. Ostrożne szacunki wykazują, że skala obciążenia poszczególnych gospodarek kosztami bezpośrednimi i pośrednimi chorób chronicznych jest znacząca. Racjonalizacja kosztów niezdolności do pracy leży zatem w interesie wszystkich państw europejskich (Rudawska, 2013, s. 32–34).

W Polsce wydatki na świadczenia pieniężne związane z niezdolnością do pracy w obszarze realizowanym przez ZUS, w tym wypłacane z budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców, wynoszą rocznie ponad 36 miliardów zł. Odnosząc wydatki te do wartości PKB ich udział w 2017 wyniósł 1,8 proc. (Karczewicz, Kania, Zalewska, 2018, s. 10). Natomiast całkowity koszt roczny rehabilitacji wyniósł w tym okresie ponad 182 miliony zł (co daje przeciętnie kwotę wydatków na rehabilitację 1 ubezpieczonego poddanego tej rehabilitacji w granicach 2000 zł) (Karczewicz, Kania, Zalewska, 2018, s. 70). Przyjmijmy, zgodnie z wynikiem badania za 2017 rok przeprowadzonego przez ZUS (Łabęcka, Zalewska, 2019, s. 80), że leczenie rehabilitacyjne okazało się skuteczne w przypadku 59,7 proc. ogólnej populacji rehabilitowanych (88 625), czyli dla 52 909 osób. Zatem dla tych osób budżet nie musiał wypłacać świadczeń.

Tabela 4

**Szacunkowe kwoty niewypłaconych świadczeń rocznie w zł**

Wyszczególnienie	Przeciętna miesięczna wysokość	Przeciętna kwota pomnożona przez liczbę osób skutecznie zrehabilitowanych	Kwota roczna (x12)
Renta z tytułu niezdolności do pracy	1655,34	87 582 590,98	<b>1 050 988 608,72</b>
Zasiłek chorobowy z FUS	2306,4	122 029 606	<b>1 464 351 811,20</b>
Świadczenie rehabilitacyjne	1588,45	84 043 500	<b>1 008 519 612,60</b>

**Źródło:** Opracowanie własne na podstawie materiałów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, <http://psz.zus.pl>, 29.01.2020.

Porównanie kosztu rehabilitacji 52 909 osób (ok. 105 mln zł) do kosztu potencjalnie wypłacanych świadczeń, np. zasiłku chorobowego – ubezpieczony jednocześnie może pobierać tylko jeden rodzaj świadczenia (ok. 1,5 mld zł) wskazuje roczne oszczędności na poziomie blisko 1,4 miliarda zł. Jest to wyłącznie matematyczne obliczenie i uproszczona analiza, która nie może być podstawą formułowania wniosków o charakterze naukowym, jednak daje obraz skali ewentualnych oszczędności dla budżetu państwa.

W Polsce dziedzina zajmująca się badaniem obciążenia gospodarki kosztami chorób jest w fazie początkowego rozwoju. Pojawiają się cząstkowe badania, na przykład analizy poziomu wydatków ponoszonych przez FUS i pracodawców w powiązaniu z grupami i jednostkami chorobowymi powodującymi tę niezdolność, ustalając procentowy udział w strukturze wydatków ogółem na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy grup chorobowych generujących najwyższe wydatki (Sikora, 2012, s. 143–149). Prowadzone są też badania, których celem jest policzenie całkowitych kosztów związanych z określoną chorobą, na przykład: cukrzycą, depresją, reumatoidalnym zapaleniem stawów. W badaniach wykorzystywane są dane ZUS oraz GUS, między innymi dotyczące liczby dni absencji chorobowej spowodowanej określoną jednostką chorobową, liczby wypłacanych świadczeń (renty z tytułu niezdolności do pracy i renty socjalne), czy przeciętnego dziennego wynagrodzenia brutto w gospodarce (Leśniowska, 2012, s. 156–167).

Dotychczasowe metody okazują się niewystarczające. Konieczne jest wypracowanie nowego podejścia do rachunku kosztów. Poszukiwanie sposobów redukcji kosztów ochrony zdrowia wpływa pozytywnie na rozwój badań nad ekonomicznym i społecznym obciążeniem chorobami i niesprawnością.

### **Zakończenie**

Postawioną wstępnie hipotezę, można uznać w świetle przedstawionych analiz za pozytywnie zweryfikowaną. Prewencja rentowa w jej rzeczowym i finansowym wymiarze, ma bowiem istotne znaczenie dla przeciwdziałania niezdolności do pracy. Stanowi systemową odpowiedź na potrzebę redukcji kosztów ponoszonych przez budżet państwa, między innymi z tytułu świadczeń wypłacanych z tytułu niezdolności do pracy. Dane prezentowane w tabelach potwierdzają pozytywne tendencje działań prewencyjnych. Społeczny wymiar, w którym aktywizacja zawodowa i ekonomiczna jest wsparciem dla potrzebujących o różnym stopniu dysfunkcji organizmu, dając im szansę na poprawę stanu zdrowia i pełne uczestnictwo w życiu społecznym, jest także wartością nie do przecenienia. Proces rehabilitacji musi być jednak kompleksowy i obejmować sferę medyczną, psychologiczną, zawodową i społeczną, uwzględniać indywidualne potrzeby osoby rehabilitowanej. Działania rehabilitacyjne, aby odnieść oczekiwany rezultat wymagają koordynacji i profesjonalizacji.

28 grudnia 2017 roku przedstawiciele Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i ZUS wraz z czterema uczelniami (Uniwersytetem Medycznym w Lublinie, Uniwersytetem Warszawskim, Uniwersytetem Wrocławskim i Gdańskim Uniwersytetem Medycznym) podpisali umowę o dofinansowanie projektu pt. „Wdrożenie nowego modelu kształcenia specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją – jako element systemu kompleksowej rehabilitacji w Polsce”. W ramach projektu uruchomione zostały na tych uczelniach roczne studia podyplomowe. Absolwent studiów, po uzyskaniu tytułu specjalisty ds. zarządzania rehabilitacją, będzie mógł pracować m.in. w ośrodkach kompleksowej rehabilitacji, które mają być stworzone w najbliższych latach (Żebrowski, data dostępu 24.07.2018).

Logicznym i nieuniknionym następstwem zmiany podejścia, jest połączenie sił głównych interesariuszy. Jednym z pierwszych zinstytucjonalizowanych działań, jest porozumienie ZUS i NFZ, podpisane 17 lipca 2018 roku, sankcjonujące wspólne działania w obszarze rehabilitacji i lecznictwa sanatoryjnego, a także w budowaniu świadomości społecznej w zakresie praw i obowiązków wynikających z prawa ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z porozumieniem obie instytucje będą prowadzić wspólne działania na rzecz szybszego powrotu do pracy osób po długotrwałych zwolnieniach lekarskich. Wymiana informacji ma przyspieszyć rozpoczęcie procesu rehabilitacji, którą oferuje

Zakład i tym samym przyspieszyć powrót do pełnej sprawności (Żebrowski, data dostępu 24.07.2018).

Prawdziwym wyzwaniem dla administracji publicznej jest połączenie wszystkich instytucji działających w tym obszarze i wypracowanie zintegrowanego spojrzenia na zdrowie z uwzględnieniem konieczności pomiaru efektów zdrowotnych i zarządzania kosztami, również pośrednimi.

### Bibliografia

#### Opracowania:

- Karczewicz E., Kania A., Zalewska H. (2018), *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2017 r.*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych ZUS, Warszawa.
- Koczur W. (2014), *Restytucja zdolności do pracy w powszechnym systemie ubezpieczeń społecznych – zarys problematyki*, w: *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, ZUS, Warszawa–Chorzów.
- Leśniowska J. (2012), *Koszty niezdolności do pracy w badaniach kosztów chorób w Polsce na tle innych krajów*, w: *Różne aspekty ubezpieczeń społecznych*, ZUS, Warszawa.
- Łabęcka M., Zalewska H. (2019), *Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2017 roku w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa.
- Pławucka H. (2014), *Ryzyko niezdolności do pracy dla celów rentowych – konstrukcja i treść*, w: *Niezdolność do pracy jako ryzyko w społecznym ubezpieczeniu rentowym*, ZUS, Warszawa–Chorzów.
- Sikora A. (2012), *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy – według grup chorobowych*, w: *Różne aspekty ubezpieczeń społecznych*, ZUS, Warszawa.
- Wiktorow A. (2012), *Co zaliczać do kosztów niezdolności do pracy?*, w: *Różne aspekty ubezpieczeń społecznych*, ZUS, Warszawa.

#### Akty prawne:

- Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, tekst jednolity Dz. U. 2019, poz. 300 ze zm.
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tekst jednolity Dz. U. 2018, poz. 1270 ze zm.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, tekst jednolity Dz. U. 2019, poz. 645 ze zm.



**Artykuły w czasopismach:**

- Kostrzewski L. (2018), *Coraz więcej Polaków pobiera świadczenie rehabilitacyjne*, „Gazeta Wyborcza”, nr 111 z 15.05.2018.
- Wilmowska-Pietruszyńska A. (2016), *20-lecie programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*, „Prewencja i Rehabilitacja”, nr 2–3(44–45), Warszawa.

**Źródła internetowe:**

- Absencja chorobowa wg jednostek chorobowych*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych, <http://psz.zus.pl>.
- Informacja o świadczeniach pieniężnych z funduszu ubezpieczeń społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego. Okres I–XII 2018* (2019), Warszawa, <http://psz.zus.pl>.
- Mikołajewska E. (2011), *Obiektywizacja wyników rehabilitacji – próba ujęcia kompleksowego*, „Nowiny Lekarskie”, nr 80, [http://www.jms.ump.edu.pl/uploads/2011/4/305\\_4\\_80\\_2011.pdf](http://www.jms.ump.edu.pl/uploads/2011/4/305_4_80_2011.pdf), 15.05.2018.
- Portal Statystyczny ZUS, <https://psz.zus.pl>.
- Rudawska I. (2013), *Obciążenie gospodarki chorobami przewlekłymi – problem nie tylko ochrony zdrowia*, <http://ekonomia.wne.uw.edu.pl/ekonomia/getFile/357>, 15.05.2018.
- Ruszkowski J., Leśniowska J. (2010), *Rzeczywiste, ekonomiczne koszty choroby w Polsce*, [http://www.pszw.edu.pl/images/publikacje/t025\\_pszw\\_2010\\_ruszkowski\\_lesniowska\\_-\\_rzeczywiste\\_ekonomiczne\\_koszty\\_choroby\\_w\\_polsce.pdf](http://www.pszw.edu.pl/images/publikacje/t025_pszw_2010_ruszkowski_lesniowska_-_rzeczywiste_ekonomiczne_koszty_choroby_w_polsce.pdf), 15.05.2018.
- Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2015, 2016, 2017, 2018*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych ZUS, <http://psz.zus.pl>.
- Wykaz ośrodków rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS w podziale na profile schorzeń w kolejności wg miejscowości rehabilitacji zgodnie ze stanem na 15.03.2018* (2018), Zakład Ubezpieczeń Społecznych, <http://www.zus.pl/documents/10182/167791/Wykaz+O%C5%9Brodk%C3%B3w+2018>.
- Żebrowski P. (2018), *NFZ i ZUS podpisały porozumienie w sprawie rehabilitacji*, rynekzdrowia.pl, 17.07.2018, <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/NFZ-i-ZUS-podpisały-porozumienie-ws-rehabilitacji,185903,8.html>.

---

**Preventing employee incapacity to work. Selected aspects****Summary**

The article presents two aspects of how the Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS, Poland's social security provider) works towards preventing workers suffering incapacity to work (and thereby their potentially qualifying to receive disability

pensions from ZUS). The material aspect includes the infrastructure aiding medical rehabilitation, and the financial aspect refers to monies paid in order to ensure material security during convalescence. The author argues that the two elements are important in preventing employees becoming incapable to work. The methodology adopted in the study is based on an analysis of statistical data and draws on the interpretation and comparison of the data collected and made available by public institutions, in particular ZUS. This methodology confirmed the importance of preventive actions by ZUS in reducing the numbers of employees suffering incapacity for work, and curbing the costs incurred by the state budget in this respect. The material aspect of these preventive actions accelerates the return to work through more effective medical rehabilitation. The financial dimension ensures a sense of social security, thanks to benefits paid out of social insurance (such as sickness benefit, rehabilitation benefit, disability pension or training allowance). Another significant trend observed involves reducing the amount of benefits due during convalescence.

**Key words:** reducing ZUS's obligation to pay incapacity pensions; social security benefits; medical rehabilitation, incapacity for work