Zadanie realizowane przez Powiat Wadowicki, finansowane ze środków Wojewody Małopolskiego

Zabezpieczenie społeczne pracowników w Polsce

2x NPP

CONSILIUM
FUNDACJA ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

Broszura informacyjna powstała we współpracy
Powiatu Wadowickiego
z Fundacją Rozwoju Przedsiębiorczości "Consilium"

Kraków 2021

Edycja nr VI

SPIS TREŚCI

WSTĘP 2
ZASADY PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM SPOŁECZNYM 3
UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE 6
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE 10
ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE W RAZIE BEZROBOCIA 15

WSTĘP

Szanowni Państwo,

W ramach realizacji zadania publicznego polegającego na prowadzeniu w 2021 roku na terenie Powiatu wadowickiego punktu nieodpłatnej pomocy prawnej oraz punktów nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego, jak również wykonywania zadań z zakresu edukacji prawnej, Fundacja Rozwoju Przedsiębiorczości „Consilium" ma przyjemność przedstawić Państwu szóstą broszurę informacyjną z serii „2xNPP".
Informacje zawarte w niniejszej broszurze pełnią funkcję edukacyjną, zawierając podstawowe wiadomości w zakresie zabezpieczenia społecznego pracowników w Polsce. Mamy nadzieję, że zawartość przedmiotowej broszury okaże się dla Państwa przydatna oraz odpowie na pytania pojawiające się w ramach poruszanych zagadnień.

Życzymy Państwu miłej lektury

Z wyrazami szacunku
Prezes Zarządu Fundacji Rozwoju Przedsiębiorczości „Consilium"
Adwokat Łukasz Giza

ZASADY PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM SPOŁECZNYM

Niniejszy artykuł ma na celu przybliżyć najważniejsze zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym, obowiązujące pracowników.

I. Podstawa prawna.

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym pozostają uregulowane w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 423 z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą".

II. Kim są pracownicy w rozumieniu Ustawy?

Za pracowników, w rozumieniu Ustawy, uważa się osoby pozostające w stosunku pracy (w tym m.in. zatrudnione w oparciu o umowę o pracę), jak również osoby, które dodatkowo wykonują pracę w oparciu o umowę cywilnoprawną (tj. agencyjną, zlecenia lub inną umowę o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowę o dzieło), jeżeli taka umowa została zawarta z pracodawcą, z którym pozostają w stosunku pracy lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonują pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostają w stosunku pracy. Jeżeli jednakże pracownik spełnia kryteria określone dla tzw. „osób współpracujących"[1], dla celów ubezpieczeń społecznych jest traktowany jako osoba współpracująca, nie zaś jako pracownik. Odnotowania wymaga zatem, że Ustawa przyjmuje odmienne znaczenie pojęcia „pracownika", aniżeli obowiązujące na gruncie prawie pracy.

III. Jakie rodzaje ubezpieczeń obejmują ubezpieczenia społeczne?

Ubezpieczenia społeczne obejmują:

1) ubezpieczenie emerytalne;

[1] w rozumieniu art. 11 ust. 6 Ustawy *„Za osobę współpracującą z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność, zleceniobiorcami oraz z osobami fizycznymi, wskazanymi w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4-5a, uważa się małżonka, dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców, macochę i ojczyma oraz osoby przysposabiające, jeżeli pozostają z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu tej działalności lub wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia; nie dotyczy to osób, z którymi została zawarta umowa o pracę w celu przygotowania zawodowego."*

2) ubezpieczenia rentowe;
3) ubezpieczenie w razie choroby i macierzyństwa (zwane „ubezpieczeniem chorobowym");
4) ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (zwane „ubezpieczeniem wypadkowym".

IV. Które ubezpieczenia mają charakter obowiązkowy?

W przypadku pracowników, w wyżej przedstawionym rozumieniu, wszelkie wskazane w punkcie III ubezpieczenia posiadają charakter obowiązkowy.

V. Zbieg tytułów ubezpieczenia.

Jeżeli pracownik spełnia jednocześnie warunki do objęcia go obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z innych tytułów, a zatem zachodzi tzw. zbieg tytułów ubezpieczenia, wobec wykonywania przez pracownika różnych rodzajów działalności, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, to pracownik jest obejmowany ubezpieczeniami społecznymi tylko z tytułu stosunku pracy, umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarły z pracodawcą, z którym pozostają w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonują pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostają w stosunku pracy. Pracownik może jednakże dobrowolnie, na swój wniosek, podlegać ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym również z innych tytułów. Jeśli taki wniosek zostanie złożony, obowiązkowe będzie wówczas ubezpieczenie wypadkowe. Opisana sytuacja będzie zachodziła w przypadku, przykładowo, zbiegu umowy o pracę z umową zlecenia lub równoczesnego prowadzenia przez pracownika jednoosobowej działalności gospodarczej.

Powyższa zasada nie znajduje jednakże zastosowania w stosunku do pracowników, których podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z tytułu stosunku pracy jest niższa od aktualnie obowiązującej kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę – tacy pracownicy podlegają obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym także z pozostałych tytułów. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe będzie w tym wypadku wynagrodzenie za pracę

wynikające z treści stosunku pracy[2]. Jeżeli tym dodatkowym tytułem będzie, przykładowo, umowa zlecenie lub prowadzenie przez pracownika jednoosobowej działalności gospodarczej, to obowiązkowe będą następujące ubezpieczenia z niniejszego, pozostałego tytułu: wypadkowe, emerytalne i rentowe.

Jeżeli, przykładowo, pracownik pozostaje zatrudniony w oparciu o więcej niż jedną umowę o pracę, to w takim wypadku będzie podlegał obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym w zakresie każdej z zawartych umów.

Kolejno, jeżeli pracownik spełnia jednocześnie warunki do objęcia go obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu **pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego**, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z obu tytułów.

Jeżeli zaś pracownik **łączy urlop rodzicielski z wykonywaniem pracy** u pracodawcy udzielającego tego urlopu, na zasadach określonych w Kodeksie pracy, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, z obu tytułów. Zgodnie wszakże z Kodeksem pracy, pracownik może łączyć korzystanie z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy, udzielającego tego urlopu, w wymiarze nie wyższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy. W takim przypadku urlopu rodzicielskiego udziela się na pozostałą część wymiaru czasu pracy.

Osoba, która jest pracownikiem i ma równolegle **ustalone prawo do emerytury lub renty**, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym.

VI. W jakim okresie pracownik podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym?

Pracownik podlega obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu począwszy od dnia nawiązania stosunku pracy do dnia ustania tego stosunku.

Radca prawny Martyna Kocurek

[2] tak m.in.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27.01.2021 r., sygn. akt: II USKP 2/21

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

Na wstępie należy wyjaśnić, że ubezpieczenia społeczne obejmują:

1) ubezpieczenie emerytalne;
2) ubezpieczenia rentowe;
3) ubezpieczenie w razie choroby i macierzyństwa (zwane „ubezpieczeniem chorobowym");
4) ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (zwane „ubezpieczeniem wypadkowym".

Podstawą wyodrębnienia powyższych ubezpieczeń są różne ryzyka socjalne, przed których skutkami wystąpienia dane ubezpieczenie chroni ubezpieczonych, a których to ziszczenie jest równoznaczne z utratą (ograniczeniem) możliwości zarobkowych danej osoby lub koniecznością poniesienia dodatkowych wydatków.[3] Następstwem opłacania składek na ubezpieczenia społeczne oraz zajścia określonych prawem ryzyk socjalnych jest zatem przysługiwanie odpowiednich świadczeń, na zasadach i warunkach określonych w przepisach prawa.

W przypadku **ubezpieczenia emerytalnego**, zdarzeniem prawnym, którego wystąpienie rozpoczyna etap realizacyjny ubezpieczenia i powoduje powstanie po stronie ubezpieczonego roszczenia o wypłatę emerytury, jest dożycie/osiągnięcie wieku emerytalnego[4] - jest to zatem ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy z powodu starości. Oczywiście, konieczne pozostaje również spełnienie pozostałych, określonych prawem przesłanek (takich jak na przykład osiągnięcie wymaganego stażu pracy).

Ubezpieczenie rentowe stanowi z kolei zabezpieczenie na wypadek trwałej lub okresowej niezdolności do pracy lub śmierci osoby, która zapewnia utrzymanie rodzinie, a **wypadkowe** – w razie wystąpienia wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

W ramach **ubezpieczeń emerytalnego i rentowych** przysługują (w razie spełnienia określonych prawem przesłanek do ich nabycia) następujące świadczenia:

1) emerytura;

2) renta z tytułu niezdolności do pracy, w tym renta szkoleniowa;

3) renta rodzinna;

[3] tak w: *B. Gudowska, J. Strusińska-Żukowska* (red.), Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz. Wyd. 2, Warszawa 2014

[4] tak w: *B. Gudowska, J. Strusińska-Żukowska* (red.), Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz. Wyd. 2, Warszawa 2014

4) dodatek pielęgnacyjny;
5) dodatek do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej;
6) zasiłek pogrzebowy.

Z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, w ramach **ubezpieczenia wypadkowego**, przysługują z kolei następujące świadczenia:
1) zasiłek chorobowy;
2) świadczenie rehabilitacyjne;
3) zasiłek wyrównawczy;
4) jednorazowe odszkodowanie;
6) renta z tytułu niezdolności do pracy;
7) renta szkoleniowa;
8) renta rodzinna;
9) dodatek do renty rodzinnej;
10) dodatek pielęgnacyjny;
11) pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym prawem.

Świadczeniami pieniężnymi z **ubezpieczenia chorobowego** są: zasiłek chorobowy; świadczenie rehabilitacyjne; zasiłek wyrównawczy; zasiłek macierzyński oraz zasiłek opiekuńczy. Celem niniejszego ubezpieczenia jest zatem ochrona osób, u których wystąpiła niezdolność do pracy spowodowana chorobą, posiadaniem potomstwa lub koniecznością opieki nad członkiem rodziny.

Ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe mogą mieć charakter obowiązkowy lub dobrowolny, natomiast ubezpieczenie wypadkowe - wyłącznie obowiązkowy. Zasady objęcia obowiązkowymi lub dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym oraz obowiązkowym ubezpieczeniem wypadkowym pozostają uregulowane w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 423 z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą".

Podleganie ubezpieczeniom społecznym powoduje konieczność opłacania składek. Składki na ubezpieczenia społeczne obliczają, rozliczają i przekazują co miesiąc do Zakładu w całości tzw. płatnicy składek, którymi w przypadku pracowników pozostają pracodawcy. Składki wpłacane są na indywidualne konta ubezpieczonych.

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w przypadku pracowników stanowi przychód[5], niemniej nie uwzględnia się w niej wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz zasiłków.

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób pobierających zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego stanowi kwota tego zasiłku.

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz ubezpieczenie wypadkowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, z taką różnicą, że w przypadku składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe obowiązuje maksymalna roczna podstawa wymiaru składek, natomiast w przypadku ubezpieczenia chorobowego oraz ubezpieczenia wypadkowego – brak jest takiego limitu. W przypadku ubezpieczeń emerytalnych i rentowych, w przeciwieństwie do ubezpieczeń wypadkowego i chorobowego, obowiązuje zatem **górna granica podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe**, po przekroczeniu której, w danym roku kalendarzowym, płatnik składek ma obowiązek zaprzestać obliczać i przekazywać składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.[6]

Wysokości składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe wyrażone są w formie stopy procentowej, jednakowej dla wszystkich ubezpieczonych, podczas gdy stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe jest zróżnicowana dla poszczególnych płatników składek i ustalana w zależności od poziomu zagrożeń zawodowych i skutków tych zagrożeń.

Stopy procentowe składek wynoszą:

1) 19,52% podstawy wymiaru - na ubezpieczenie emerytalne,
2) 8,00% podstawy wymiaru - na ubezpieczenia rentowe;
3) 2,45% podstawy wymiaru - na ubezpieczenie chorobowe;
4) od 0,40% do 8,12% podstawy wymiaru - na ubezpieczenie wypadkowe.

Każda osoba objęta obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi podlega zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych – w terminie 7 dni od daty powstania

[5] w rozumieniu art. 4 pkt 9 Ustawy
[6] tak w: *B. Gudowska, J. Strusińska-Żukowska* (red.), Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz. Wyd. 2, Warszawa 2014

obowiązku ubezpieczenia. W przypadku pracowników, obowiązek ich zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych posiada pracodawca.

Radca prawny Martyna Kocurek

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej, a także zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem.

Prawo do tych świadczeń nabywają ubezpieczeni od pierwszego dnia objęcia tym ubezpieczeniem i zachowują je przez 30 dni po ustaniu tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego (a w niektórych przypadkach dłużej). Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi według zasad określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz po opłaceniu składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Ubezpieczenie zdrowotne obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej, w tym przykładowo wizyty lekarskie, zabiegi i pobyt w szpitalu, refundację recept i niektórych środków leczniczych.

Ubezpieczonymi w Narodowym Funduszu Zdrowia są osoby podlegające obowiązkowemu albo dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Ubezpieczonymi – pod warunkiem podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu obowiązkowo lub dobrowolnie – są podlegający ustawodawstwu polskiemu:

a) obywatele państw członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujący na terytorium tych państw;

b) osoby nieposiadające obywatelstwa państw UE, EFTA lub Konfederacji Szwajcarskiej, przebywające w Polsce na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 ustawy z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach, pobyt stały, pobyt rezydenta długoterminowego UE, pobyt ze względów humanitarnych lub pobyt tolerowany;

c) osoby, które uzyskały w Polsce status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium;

d) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, legalnie zamieszkujące na terytorium tych państw poza Polską;

e) osoby posiadające obywatelstwo UE lub EFTA, niezamieszkujące na terytorium tych państw, jeżeli są objęte:
– ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
– ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Wymienione osoby podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli są również wskazane w art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 66 wskazuje, że obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi, które m.in. są pracownikami (w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), wykonują pracę na podstawie umowy zlecenia lub równoważnej (tj. umowy agencyjnej albo umowy o świadczenie usług) lub współpracują z osobą, która wykonuje taką umowę.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki na to ubezpieczenie. Do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia oraz opłacania składki zobowiązani są tzw. płatnicy składek, czyli przykładowo pracodawcy. Zgłoszenia oraz opłacania składek dokonuje się za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Za ubezpieczonych ustawodawca uznaje także:
a) członków rodziny osób posiadających obywatelstwo państwa członkowskiego UE lub EFTA albo obywatelstwo państwa niebędącego członkiem UE lub EFTA, jeżeli:
– zamieszkują na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA,
– nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;
b) członków rodzin osób posiadających obywatelstwo państwa niebędącego członkiem UE lub EFTA i przebywających w Polsce na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy albo stały, na pobyt rezydenta długoterminowego UE, na pobyt ze względów humanitarnych albo pobyt tolerowany, oraz osób posiadających w

Polsce status uchodźcy, ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium, jeżeli:
– zamieszkują w Polsce
– i nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego.

Natomiast członkami rodziny objętymi w Polsce ubezpieczeniem zdrowotnym są:
a) dzieci własne i małżonka, dzieci przysposobione, wnuki albo dzieci obce przyjęte na opiekę albo w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
b) małżonek,
c) wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Osoby posiadające status członka rodziny podlegają zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego. Do dokonania zgłoszenia zobowiązana jest osoba objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki. Składka jest miesięczna i niepodzielna.
Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób spełniających warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi, które są pracownikami, osobami wykonującymi pracę nakładczą, osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia oraz osobami z nimi współpracującymi, osobami duchownymi, członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych oraz członkami spółdzielni kółek rolniczych, osobami pobierającymi świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osobami pobierającymi zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osobami pobierającymi wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia – stosuje się

przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe tych osób.

W przepisie art. 85 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazane zostały poszczególne podmioty, tj. płatnicy, na których spoczywa obowiązek obliczenia, pobrania z dochodu ubezpieczonego i odprowadzenia składki na ubezpieczenie zdrowotne za poszczególne grupy osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Za osobę pozostającą w stosunku pracy, w stosunku służbowym albo odbywającą służbę zastępczą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca, a w razie wypłaty świadczeń pracowniczych z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych - podmiot obowiązany do wypłaty tych świadczeń. Natomiast za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług oraz za osobę z nią współpracującą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zamawiający.

Ustawodawca wskazuje zakres świadczeń gwarantowanych rozumianych jako świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie, oraz definiuje świadczenia opieki zdrowotnej wśród których wymienia:

1. świadczenie zdrowotne - działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielani
2. świadczenie zdrowotne rzeczowe - związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
3. świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego.

Ustawa określa szczegółowo zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, w tym typ świadczeń zdrowotnych z jakich ubezpieczony ma prawo skorzystać i według jakich kryteriów formalnych będzie mógł z

nich skorzystać. Wyróżnia m.in. podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjne świadczenie specjalistyczne, leczenie szpitalne, świadczenia zdrowotne stomatologiczne, badania diagnostyczne i inne.

Świadczenia opieki zdrowotnej przysługują jedynie w ramach leczenia w publicznych podmiotach medycznych. Są to świadczeniodawcy publiczni lub prywatni, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jeżeli pacjent skorzysta z leczenia w podmiocie medycznym nieposiadającym umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, ponosi koszty świadczeń we własnym zakresie.

Aplikant adwokacki Joanna Gil

ZABEZPIECZENIE SPOŁECZNE W RAZIE BEZROBOCIA

Zabezpieczenie społeczne należy rozumieć jako środki i działania publiczne mające na celu ochronę społeczeństwa przed zagrożeniem niemożności zaspokojenia podstawowych potrzeb.

W polskim systemie zasady oraz formy pomocy dla osób bezrobotnych reguluje ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Przedmiotowa ustawa określa również cel, zakres przedmiotowy i podmiotowy ustawy.

Zadania państwa w zakresie promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej są realizowane przez instytucje rynku pracy działające w celu:
1)pełnego i produktywnego zatrudnienia;
2)rozwoju zasobów ludzkich;
3)osiągnięcia wysokiej jakości pracy;
4)wzmacniania integracji oraz solidarności społecznej;
5)zwiększania mobilności na rynku pracy.

Zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, a to art. 1 ust. 3 ustawa ma zastosowanie do szerokiego kręgu podmiotów, w tym przykładowo do:
1) obywateli polskich poszukujących i podejmujących zatrudnienie lub inną pracę zarobkową na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zatrudnienie lub inną pracę zarobkową za granicą u pracodawców zagranicznych;
2)cudzoziemców zamierzających wykonywać lub wykonujących pracę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
a)obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej,
b)obywateli państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego nienależących do Unii Europejskiej,
c)obywateli państw niebędących stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, którzy mogą korzystać ze swobody przepływu osób na podstawie umów zawartych przez te państwa ze Wspólnotą Europejską i jej państwami członkowskimi,
d)posiadających w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy,
e)posiadających w Rzeczypospolitej Polskiej zezwolenie na pobyt stały.

Przepisy ustawy wskazują rodzaje świadczeń, zasiłków i form pomocy a także kryteria jakie należy spełnić aby je uzyskać. W definicji podstawowych pojęć można odnaleźć definicje zakresu podmiotowego ustawy oraz zakresu przedmiotowego ustawy. Przykładowo ustawa wskazuje, że za bezrobotnego może być uznana osoba, która nie jest zatrudniona tzn. nie wykonuje pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą, nie wykonuje innej pracy zarobkowej tzn. nie wykonuje pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych (usług rolniczych), jest zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia: w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie lub w połowie wymiaru czasu pracy-w przypadku osoby niepełnosprawnej, której stan zdrowia pozwala na podjęcie zatrudnienia.

Szczegółowa definicja osoby bezrobotnej zawarta jest w art. 2 ust. 1 pkt. 2 ww. ustawy.

Wśród świadczeń pieniężnych przysługujących osobom bezrobotnym (po spełnieniu określonych warunków) ustawa wymienia: zasiłek dla bezrobotnych, stypendia, dodatek aktywizacyjny, pożyczkę szkoleniową udzielaną z Funduszu Pracy na sfinansowanie kosztów szkolenia podejmowanego bez skierowania powiatowego urzędu pracy na to szkolenie, refundacje kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, świadczenie z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych, zasiłki przedemerytalne (wygasające) i świadczenia przedemerytalne.
Zgodnie z przepisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy prawo do zasiłku przysługuje bezrobotnemu za każdy dzień kalendarzowy od dnia zarejestrowania się we właściwym powiatowym urzędzie pracy, jeżeli:
1) nie ma dla niego propozycji odpowiedniej pracy, propozycji stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia, prac interwencyjnych lub robót publicznych oraz
2) w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni:
a) był zatrudniony i osiągał wynagrodzenie w kwocie co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę, od którego istnieje obowiązek opłacania składki na Fundusz

Pracy; w okresie tym nie uwzględnia się okresów urlopów bezpłatnych trwających łącznie dłużej niż 30 dni,

b) wykonywał pracę na podstawie umowy o pracę nakładczą i osiągał z tego tytułu dochód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę,

c) świadczył usługi na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo współpracował przy wykonywaniu tych umów, przy czym podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy stanowiła kwota co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę w przeliczeniu na okres pełnego miesiąca,

d) opłacał składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności lub współpracy, przy czym podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy stanowiła kwota co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę,

e) wykonywał pracę w okresie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, przy czym podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy stanowiła kwota co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę,

f) wykonywał pracę w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych, będąc członkiem tej spółdzielni, przy czym podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy stanowiła kwota co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę,

g) opłacał składkę na Fundusz Pracy w związku z zatrudnieniem lub wykonywaniem innej pracy zarobkowej za granicą u pracodawcy zagranicznego w państwie niewymienionym w art. 1 ust. 3 pkt 2 lit. a-c, w wysokości 9,75% przeciętnego wynagrodzenia za każdy miesiąc zatrudnienia,

h) był zatrudniony za granicą i przybył do Rzeczypospolitej Polskiej jako repatriant,

i) był zatrudniony, pełnił służbę lub wykonywał inną pracę zarobkową i osiągał wynagrodzenie lub dochód, od którego istnieje obowiązek opłacania składki na Fundusz Pracy.

W celu zachowania prawa do zasiłku, osoba pobierająca zasiłek ma obowiązek zgłaszania się do właściwego powiatowego urzędu pracy w wyznaczonym przez urząd terminie w celu przyjęcia propozycji odpowiedniej pracy lub innej formy pomocy proponowanej

przez urząd lub w innym celu, wynikającym z ustawy i określonym przez urząd pracy, w tym potwierdzenia gotowości do podjęcia pracy.

Zasiłek z tytułu bezrobocia jest ustalony kwotowo, w stałej wysokości. Aktualnie wysokość zasiłku wynosi:
1) 1200 zł miesięcznie w okresie pierwszych 90 dni posiadania prawa do zasiłku;
2) 942,30 zł miesięcznie w okresie kolejnych dni posiadania prawa do zasiłku.

Stawki świadczeń dla bezrobotnych ustalane są na okres od 1 czerwca do 31 maja.
Wysokość zasiłku kształtuje się w zależności od posiadanego łącznego okresu zatrudnienia i wykonywania innej pracy zarobkowej lub pozarolniczej działalności i wynosi odpowiednio:
– 80% zasiłku podstawowego - w przypadku osób mających łączny okres zatrudnienia mniejszy niż 5 lat;
– 100% zasiłku podstawowego - w przypadku osób mających łączny okres zatrudnienia wynoszący od 5 do 20 lat;
– 120% zasiłku podstawowego - w przypadku osób mających łączny okres zatrudnienia co najmniej 20 lat.
Okres wypłaty świadczeń uzależniony jest od stopy bezrobocia w danym regionie Polski.
Okres pobierania zasiłku wynosi:
1) 180 dni - dla bezrobotnych zamieszkałych w okresie pobierania zasiłku na obszarze powiatu, jeżeli stopa bezrobocia na tym obszarze w dniu 30 czerwca roku poprzedzającego dzień nabycia prawa do zasiłku nie przekraczała 150% przeciętnej stopy bezrobocia w kraju;
2) 365 dni - dla bezrobotnych:
a) zamieszkałych w okresie pobierania zasiłku na obszarze powiatu, jeżeli stopa bezrobocia na tym obszarze w dniu 30 czerwca roku poprzedzającego dzień nabycia prawa do zasiłku przekraczała 150% przeciętnej stopy bezrobocia w kraju lub
b) powyżej 50 roku życia oraz posiadających jednocześnie co najmniej 20-letni okres uprawniający do zasiłku, lub
c) którzy mają na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat, a małżonek bezrobotnego jest także bezrobotny i utracił prawo do zasiłku z powodu upływu okresu jego pobierania po dniu nabycia prawa do zasiłku przez tego bezrobotnego, lub

d) samotnie wychowujących co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat.

Ustawa reguluje również zasady wydłużania okresów wypłaty zasiłków (W razie urodzenia dziecka przez kobietę pobierającą zasiłek lub w ciągu miesiąca po jego zakończeniu, okres ten ulega przedłużeniu o czas, przez który przysługiwałby jej, zgodnie z odrębnymi przepisami, zasiłek macierzyński.).

Prawo do zasiłku nie przysługuje bezrobotnemu, który:

1) odmówił bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniego zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, wykonywania prac interwencyjnych, robót publicznych, poddania się badaniom lekarskim lub psychologicznym, mającym na celu ustalenie zdolności do pracy lub udziału w innej formie pomocy;

2) po skierowaniu nie podjął szkolenia, przygotowania zawodowego dorosłych, stażu, wykonywania prac lub innej formy pomocy;

3) w okresie 6 miesięcy przed zarejestrowaniem w powiatowym urzędzie pracy rozwiązał stosunek pracy lub stosunek służbowy za wypowiedzeniem albo na mocy porozumienia stron, chyba że porozumienie stron nastąpiło z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy albo rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego za wypowiedzeniem lub na mocy porozumienia stron nastąpiło z powodu zmiany miejsca zamieszkania

4) w okresie 6 miesięcy przed zarejestrowaniem się w powiatowym urzędzie pracy spowodował rozwiązanie ze swej winy stosunku pracy lub stosunku służbowego bez wypowiedzenia;

5) otrzymał przewidziane w odrębnych przepisach świadczenie w postaci jednorazowego ekwiwalentu pieniężnego za urlop górniczy, jednorazowej odprawy socjalnej, zasiłkowej, pieniężnej po zasiłku socjalnym, jednorazowej odprawy warunkowej lub odprawy pieniężnej bezwarunkowej;

6) otrzymał odszkodowanie za skrócenie okresu wypowiedzenia umowy o pracę;

7) odbywa odpłatną praktykę absolwencką i otrzymuje z tego tytułu miesięczne świadczenie pieniężne w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę;

8) zarejestrował się jako bezrobotny w okresie, zgłoszonego do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej;

9) w okresie 6 miesięcy przed zarejestrowaniem się w powiatowym urzędzie pracy rozwiązał stosunek pracy zawarty na podstawie skierowania przez urząd pracy do pracodawcy otrzymującego w ramach tego skierowania grant, świadczenie aktywizacyjne albo dofinansowanie wynagrodzenia.

Bezrobotny, który w okresie nie dłuższym niż 10 dni przebywa za granicą lub pozostaje w innej sytuacji powodującej brak gotowości do podjęcia zatrudnienia, nie zostaje pozbawiony statusu bezrobotnego, jeżeli o zamierzonym pobycie za granicą lub pozostawaniu w sytuacji powodującej brak gotowości do podjęcia zatrudnienia zawiadomił powiatowy urząd pracy. Zasiłek za ten okres nie przysługuje. Całkowity okres zgłoszonego pobytu za granicą oraz braku gotowości do pracy z innego powodu nie może przekroczyć łącznie 10 dni w okresie jednego roku kalendarzowego.

Bezrobotny, który nabył w Rzeczypospolitej Polskiej prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia i udaje się do innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa, z którym Unia zawarła umowę o swobodzie przepływu osób w celu poszukiwania pracy, w celu poszukiwania pracy, zachowuje prawo do tych świadczeń na zasadach określonych w przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Na mocy przepisów ustawy bezrobotny jest obowiązany do składania lub przesyłania powiatowemu urzędowi pracy pisemnego oświadczenia o przychodach pod rygorem odpowiedzialności karnej oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia jego uprawnień do świadczeń przewidzianych w ustawie w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodów.

Zasiłki dla bezrobotnych oraz inne świadczenia pieniężne z tytułu bezrobocia przyznają i wypłacają powiatowe urzędy pracy. Wypłacenie świadczenia dopuszcza się w razie braku możliwości zapewnienia bezrobotnemu odpowiedniej pracy.

Bezrobotny jest obowiązany zawiadomić w ciągu 7 dni powiatowy urząd pracy o podjęciu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub o złożeniu wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz o zaistnieniu innych okoliczności, które powodują utratę statusu bezrobotnego albo utratę prawa do zasiłku.

Zasiłek dla bezrobotnych wypłacany jest w terminach ustalonych przez powiatowy urząd pracy, nie później niż w ciągu 14 dni od dnia upływu okresu, za który świadczenie jest wypłacane.

Aplikant adwokacki Joanna Gil