



MINISTER
Rodziny i Polityki Społecznej

Warszawa, *elektroniczny znacznik czasu*

DUS-II.058.156.2021.MBu

Pan
Michał Seweryński
Zastępca Przewodniczącego
Komisji Praw Człowieka,
Praworządności i Petycji
Senat Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Przewodniczący,

w odpowiedzi na pismo Pana Przewodniczącego z dnia 27 października br., znak: BPS.DKS.KPCPP.0330.36.2021, dotyczące przedstawienia opinii wobec petycji:

- w sprawie podjęcia inicjatywy ustawodawczej w celu ustalenia terminu wypłaty zasiłku pielęgnacyjnego do 1-go dnia każdego miesiąca i podwyższenia jego kwoty, podwyższenia renty socjalnej i najniższej renty rodzinnej oraz ustalenia kwoty minimalnej waloryzacji rent i emerytur (P10-29/21);
- w sprawie podjęcia inicjatywy ustawodawczej dotyczącej zmiany ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w ten sposób, aby wskazać, że postępowanie przed Komisjami Inwalidzkimi ZUS jest postępowaniem administracyjnym i obowiązuje w ich orzecznictwie treść art. 139 Kodeksu postępowania administracyjnego (P10-31/21);

uprzejmie przedstawiam, co następuje.

I.

Autor **petycji P10-29/21** wnosi o wprowadzenie zmian:

- 1) w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych poprzez:
 - określenie, że osoby pobierające zasiłek pielęgnacyjny będą mogły ustalać termin wypłaty zasiłku na wzór możliwości ustalania terminu wypłat rent i emerytur,
 - wskazanie w art. 16 ust. 4, że podwyższony zostanie zasiłek pielęgnacyjny do kwoty 250 zł od listopada 2021 r., a od marca 2022 r. do kwoty 450 zł oraz ustalenie terminu

jego wypłaty do 1-go dnia każdego miesiąca;

2) w ustawie z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej w ten sposób, że podwyższona zostanie wysokość renty socjalnej do kwoty 1 450 zł od marca 2022 r. lub zagwarantowane będzie dojście do tej kwoty do 2024 r.;

3) w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych poprzez:

- podwyższenie najniższej renty rodzinnej do kwoty 1 800 zł od marca 2022 r. lub zagwarantowanie doprowadzenia do tej kwoty do 2024 r.;

- ustalenie minimalnej waloryzacji rent i emerytur na kwotę 90 zł w 2022 r.

Ad. 1

Zasiłek pielęgnacyjny jest świadczeniem rodzinnym finansowanym z budżetu państwa, którego warunki przyznawania i wypłacania regulują przepisy ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111, z późn. zm.). Zgodnie z art. 26 ust. 1 tej ustawy, świadczenia rodzinne wypłaca się w okresach miesięcznych.

W świetle powyższego przepisu, zasiłek pielęgnacyjny, przysługujący za dany miesiąc, gminny organ właściwy wypłaca do końca danego miesiąca.

Ustalenie konkretnego dnia/dni wypłaty ww. świadczeń przysługujących w danym miesiącu, należy do kompetencji danego, gminnego organu właściwego, który wypłaca ww. świadczenia w zależności od dostępności środków od wojewody i możliwości organizacyjnych – w praktyce gminne organy właściwe wypłacają co miesiąc świadczenia rodzinne w tych samych terminach, co każdej osobie uprawnionej gwarantuje regularną ich wypłatę.

Nie jest możliwy do zrealizowania postulat, aby każda osoba uprawniona do ww. świadczeń indywidualnie wskazywała gminnemu organowi właściwemu termin wypłaty danego świadczenia i tym samym nie są planowane żadne zmiany ustawowe, w kierunku wprowadzenia takiej regulacji ustawowej.

Odnosząc się do kwestii podwyższenia kwoty zasiłku pielęgnacyjnego należy wskazać, że zasady ustalania wysokości świadczeń rodzinnych, w tym także kwoty zasiłku pielęgnacyjnego, regulują obowiązujące od ponad 17 lat przepisy art. 18 i art. 19 ustawy z dnia

28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.

Zgodnie z art. 18 ustawy o świadczeniach rodzinnych, kwoty kryteriów dochodowych uprawniających do świadczeń rodzinnych oraz kwoty świadczeń rodzinnych, (a więc także kwota zasiłku pielęgnacyjnego), z wyjątkiem świadczenia pielęgnacyjnego waloryzowanego na odmiennych zasadach, podlegają weryfikacji co 3 lata, z uwzględnieniem wyników badań prognozy wsparcia dochodowego rodzin. Próg wsparcia dochodowego rodzin bada i przedstawia Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Natomiast, procedurę weryfikacji świadczeń rodzinnych określa art. 19 ustawy o świadczeniach rodzinnych, który m.in. stanowi o udziale Rady Ministrów i Rady Dialogu Społecznego w procesie ustalania ww. kwot kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń rodzinnych. Ostateczne rozstrzygnięcie o zakresie zmian ww. kwot w ramach danej weryfikacji, dokonywane jest przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia.

W świetle wyżej powołanych przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, wysokość kwot kryteriów dochodowych uprawniających do świadczeń rodzinnych oraz kwot świadczeń rodzinnych podlega procedurze weryfikacji, nie oznaczającej obowiązkowej zmiany wysokości weryfikowanych kwot. W ramach weryfikacji w 2021 r., ze względu na prowadzone nowe projekty w zakresie wsparcia rodzin, Rada Ministrów podjęła decyzję o utrzymaniu wysokości kwot ww. kryteriów dochodowych i świadczeń rodzinnych, w tym kwoty zasiłku pielęgnacyjnego, na dotychczasowym poziomie.

Zgodnie z ww. stanem prawnym kolejna weryfikacja tych kwot przypada na 2024 r. i również wówczas Rada Ministrów podejmie decyzję o jej zakresie.

Zatem, w świetle istniejących regulacji prawnych, przedstawiony w petycji postulat dotyczący podwyższenia wysokości zasiłku pielęgnacyjnego nie może być uwzględniony, gdyż ustawowo określony sposób ustalania wysokości świadczeń rodzinnych, w tym zasiłku pielęgnacyjnego, nie daje możliwości przyjęcia dowolnej kwoty danego świadczenia bez zachowania procedury jej ustalania.

Tym samym, nie są prowadzone prace nad zmianą ww. regulacji, dotyczących weryfikacji zasiłku pielęgnacyjnego.

Ad. 2

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1300, z późn. zm.) renta socjalna przysługuje osobie pełnoletniej całkowicie niezdolnej do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało:

- 1) przed ukończeniem 18. roku życia,
- 2) w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej — przed ukończeniem 25. roku życia,

3) w trakcie kształcenia w szkole doktorskiej, studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Ustalenia całkowitej niezdolności do pracy dokonuje lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej - renta socjalna wynosi 100 % kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy ustalonej i podwyższonej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Podwyższenie renty socjalnej następuje z urzędu, a jeżeli wypłata renty została wstrzymana - po jej wznowieniu.

Od dnia 1 marca 2021 r. renta socjalna wynosi 1250,88 zł.

Jednocześnie w projekcie ustawy budżetowej na rok 2022 wpisano prognozowany wskaźnik waloryzacji emerytur i rent na poziomie 104,89%. Przy takim wskaźniku, kwota renty socjalnej w 2022 r. wzrośnie z 1250,88 zł do 1312,05 zł (tj. o 61,17 zł).

Niemniej jednak należy mieć na uwadze, że rzeczywisty wskaźnik waloryzacji świadczeń zostanie ogłoszony przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w pierwszej połowie lutego 2022 r., po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego średniorocznych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych w 2021 r. oraz realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2021 r.

Należy również wskazać, że kwota renty socjalnej uległa znacznemu podwyższeniu od roku 2015, kiedy to wynosiła 739,58 zł. Jej kwota odpowiadała wówczas 84% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

Wychodząc naprzeciw postulatam osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, ustawą z dnia 9 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rencie socjalnej (Dz. U. poz. 233) zrównano kwotę renty socjalnej z najniższą rentą z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Podwyższone renty socjalne były wypłacane od września 2018 r. (z wyrównaniem od czerwca).

Zważywszy, że wysokość renty socjalnej została zrównana z wysokością najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, a zasady podwyższania renty socjalnej wynikają z ogólnych zasad waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych i zapewniają korelację tych świadczeń, Ministerstwo nie widzi możliwości wybiórczego podniesienia wysokości renty socjalnej i uznaje za właściwe zwrócenie się do Komisji o odrzucenie również tego postulatu.

Ad. 3.

Wysokość świadczenia emerytalno-rentowego, co do zasady, jako miara udziału ubezpieczonego w dochodach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, uzależniona jest od liczby lat pracy oraz od wysokości osiąganego wynagrodzenia w trakcie aktywności zawodowej. Im bardziej ubezpieczony partycypował w tworzeniu dochodów FUS, w tym większym stopniu ma on prawo z nich korzystać w postaci emerytury lub renty. Pozwala to na zachowanie adekwatności świadczeń w stosunku do odprowadzanych składek.

Prawo do emerytury i renty obejmuje prawo do waloryzacji, czyli zwiększania wysokości świadczeń z uwagi na deprecjację ich realnej wartości, spowodowaną inflacją.

Waloryzacja świadczeń jest jednym z głównych zadań realizowanych w ramach polityki społecznej państwa. Stanowi ona element konstytucyjnego prawa do zabezpieczenia społecznego, wyrażonego w art. 67 ust. 1 Konstytucji RP, co oznacza konieczność istnienia mechanizmu utrzymywania wszystkich świadczeń na poziomie ich realnej wartości.

Obecnie obowiązujące zasady waloryzacji świadczeń określa ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zgodnie z którą waloryzacja przeprowadzana jest przy zastosowaniu procentowego wskaźnika waloryzacji, który odpowiada średniorocznemu wskaźnikowi cen towarów i usług konsumpcyjnych w poprzednim roku kalendarzowym zwiększonemu o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym.

Obowiązujący mechanizm waloryzacji, odzwierciedlający wzrost kosztów utrzymania, zapewnia zatem zachowanie realnej wartości wszystkich świadczeń, a także decyduje o udziale populacji osób już nieaktywnych zawodowo we wzroście gospodarczym, a tym samym wzroście poziomu życia całego społeczeństwa.

Niemniej jednak, w przypadku szczególnej grupy społecznej jaką są renciści i emeryci, w kontekście podwyższania świadczeń, rząd reaguje adekwatnie do aktualnej sytuacji społeczno-gospodarczej. Na przestrzeni ostatnich lat były wprowadzane zmiany w zasadach waloryzacji. Oznacza to, że wciąż są poszukiwane optymalne w danym czasie mechanizmy waloryzacji, uwzględniające z jednej strony potrzeby socjalne świadczeniobiorców, a z drugiej bieżącą sytuację gospodarczą, stan budżetu państwa i finansów ubezpieczeń społecznych.

Dla polityki społecznej państwa istotne jest, w jakim zakresie system emerytalny chroni seniorów przed ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w tym w szczególności świadczeniobiorców pobierających niskie renty i emerytury.

Dlatego też w trosce o osoby pobierające najniższe świadczenia emerytalno-rentowe, wprowadzono w ostatnich latach wiele zmian mających na celu poprawę jakości życia tych osób. Objęły one swoim zakresem zarówno wysokość świadczeń najniższych, jak i ich waloryzację, która jest istotnym elementem wpływającym na podwyższenie emerytur i rent zapewniając zachowanie co najmniej realnej wartości każdej emerytury, poprzez jej podwyższanie. Służy temu, jak już wskazano, mechanizm corocznej waloryzacji emerytur i rent.

Od 1 marca 2021 r. świadczenia emerytalno-rentowe podwyższono wskaźnikiem waloryzacji, wynoszącym 104,24%, a więc wyższym niż pierwotnie prognozowano, zapewniając minimalną podwyżkę świadczenia na poziomie 50,88 zł. W wyniku waloryzacji podwyższono najniższe emerytury, renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i renty rodzinne do kwoty 1250,88 zł brutto. Koszt waloryzacji w 2021 r. przekroczy 10 mld złotych.

Kolejnym rozwiązaniem zmierzającym do poprawy sytuacji świadczeniobiorców – zwłaszcza tych, którzy pobierają niskie emerytury i renty – jest ustawa z dnia 9 stycznia 2020 r. o dodatkowym rocznym świadczeniu pieniężnym dla emerytów i rencistów (Dz. U. poz. 321). Na podstawie tej ustawy wprowadzono na stałe coroczną wypłatę dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego (tzw. 13. emerytura) dla wszystkich emerytów i rencistów (w tym dla rencistów socjalnych) w wysokości najniższej emerytury, obowiązującej od dnia 1 marca roku, w którym wypłacane jest dodatkowe roczne świadczenie pieniężne. W 2020 r. na waloryzację świadczeń i wypłatę tzw. 13-tej emerytury Rząd zabezpieczył środki finansowe na poziomie ok. 21 mld zł. W kwietniu tego roku została wypłacona – już po raz kolejny – 13 emerytura. Jej wysokość w 2021 r. wyniosła 1250,88 zł brutto.

Rząd zaproponował też, aby w 2021 r. wypłacona była dodatkowo tzw. 14. emerytura. Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o kolejnym w 2021 r. dodatkowym rocznym świadczeniu pieniężnym dla emerytów i rencistów (Dz. U. poz. 432) reguluje wypłatę w listopadzie br. dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego w wysokości minimalnej emerytury obowiązującej od marca 2021 r. (czyli po tegorocznej waloryzacji). Zgodnie z tą ustawą pełną kwotę 14. emerytury otrzymają osoby, których świadczenie przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń (czyli brutto) nie przekraczałoby 2900 zł. Dla świadczeń wyższych niż 2900 zł stosowana będzie zasada „złotówka za złotówkę”. 14 emerytura w 2021

r. wyniesie 1250,88 zł brutto i będzie wypłacona dla ok. 9,1 mln emerytów i rencistów. W pełnej wysokości będzie przysługiwać dla ok. 7,9 mln świadczeniobiorców. Szacuje się, że planowane na rok 2021 wydatki na waloryzację świadczeń, 13-tą i 14-tą emeryturę wyniosą łącznie ok. 36 mld zł.

W tym miejscu należy również wskazać, że w ramach rządowego programu, jakim jest Program Polski Ład, przewiduje się instrumenty szerokiego wsparcia polskich rodzin. Polski Ład w zakresie wsparcia dla emerytów, w ramach reformy systemu podatkowego, daje gwarancję, że emerytury i renty zostaną objęte kwotą wolną w wysokości 30 000 zł, co oznacza, że emerytury w wysokości do 2500 zł nie będą objęte podatkiem dochodowym.

Mając powyższe na uwadze należy z całą mocą podkreślić, że sytuacja świadczeniobiorców, jest na bieżąco analizowana tak, aby wprowadzane regulacje wpisywały się w systemowe rozwiązania dotyczące systemu zabezpieczenia społecznego, a jednocześnie były ukierunkowane na poprawę sytuacji materialnej emerytów i rencistów. Ministerstwo nie może jednak przychylić się do wybiórczych propozycji podnoszenia wysokości dowolnie wybranych przez wnioskujących świadczeń emerytalno-rentowych, przy jednoczesnym nieuwzględnieniu ich wpływu na sytuację pozostałych świadczeniobiorców oraz możliwości budżetowe państwa i z tych względów jest przeciwne dokonywaniu zmian idących w kierunku wskazanym w petycji.

II.

Autor **petycji P10-31/21** wnosi o podjęcie inicjatywy ustawodawczej dotyczącej zmiany ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w celu wskazania, że postępowanie przed komisjami lekarskimi ZUS jest postępowaniem administracyjnym.

Mając na względzie, że zagadnienie to dotyczy obszaru zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, przedstawiam stanowisko Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, które zostało uzgodnione z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (dalej „ZUS” albo „Zakład”).

Wskazana petycja dotyczy postulatu nowelizacji ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (dalej „ustawa emerytalna”) w zakresie nadania postępowaniom przed komisjami lekarskimi ZUS charakteru postępowań administracyjnych, do których zastosowanie będzie znajdował art. 139 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (dalej „k.p.a.”).

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy emerytalnej oceny niezdolności do pracy, jej stopnia oraz ustalenia:

- 1) daty powstania niezdolności do pracy,
 - 2) trwałości lub przewidywanego okresu niezdolności do pracy,
 - 3) związku przyczynowego niezdolności do pracy lub śmierci z określonymi okolicznościami,
 - 4) trwałości lub przewidywanego okresu niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 5) celowości przekwalifikowania zawodowego
- dokonuje w formie orzeczenia lekarz orzecznik Zakładu.

Od orzeczenia lekarza orzecznika osobie zainteresowanej przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu, w ciągu 14 dni od dnia doręczenia tego orzeczenia. Prawo zakwestionowania orzeczenia lekarza orzecznika przysługuje również Prezesowi Zakładu, który w terminie 14 dni od dnia wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika, może zgłosić zarzut wadliwości orzeczenia i przekazać sprawę do rozpatrzenia komisji lekarskiej. Komisja lekarska rozpatrując sprzeciw lub zarzut wadliwości, dokonuje oceny niezdolności do pracy i jej stopnia oraz ustalenia okoliczności, o których mowa w art. 14 ust. 1 ustawy emerytalnej.

Orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej, stanowi dla organu rentowego podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczeń przewidzianych w ustawie, do których prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji (art. 14 ust. 3 ustawy emerytalnej).

Szczegółowe zasady i tryb orzekania o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników ZUS i komisje lekarskie ZUS, zasady organizacji orzekania o niezdolności do pracy, szczególne kwalifikacje zawodowe wymagane od lekarzy orzeczników i lekarzy wchodzących w skład komisji lekarskich oraz szczegółowe zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem orzekania o niezdolności do pracy określa rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U. poz. 2711, z późn. zm.; dalej „rozporządzenie”). W rozporządzeniu tym wskazuje się między innymi, że orzeczenie w sprawie niezdolności do pracy wydaje się na wniosek właściwej komórki organizacyjnej oddziału ZUS. Wniosek o wydanie orzeczenia wskazuje na osobę, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie, oraz określa cel wydania orzeczenia i wskazanie okoliczności, które lekarz orzecznik jest obowiązany ustalić. Lekarzem orzecznikiem może być lekarz, który jest specjalistą w zakresie jednej lub więcej dziedzin medycyny w szczególności zaś: chorób wewnętrznych, chirurgii, neurologii, psychiatrii, medycyny pracy czy medycyny społecznej, nadto odbył on przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS (§ 11 ust. 1 rozporządzenia). Przy orzekaniu o niezdolności do pracy lekarz orzecznik jest związany: decyzją organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w

zakresie stwierdzenia choroby zawodowej, ustaleniami starosty o braku możliwości przekwalifikowania zawodowego oraz orzeczeniem jednostek uprawnionych do oceny zdolności fizycznych i psychicznych pracowników zatrudnionych na stanowiskach bezpośrednio związanych z prowadzeniem ruchu kolejowego (§ 5 rozporządzenia).

Nadzór nad wykonywaniem orzecznictwa o niezdolności do pracy sprawuje Prezes Zakładu. Nadzór ten obejmuje:

- 1) kontrolę prawidłowości i jednolitości stosowania zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie;
- 2) udzielanie lekarzom orzecznikom i komisjom lekarskim wytycznych w zakresie stosowania zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy;
- 3) prawo przekazania sprawy do rozpatrzenia przez komisję lekarską, jeżeli w wyniku kontroli, o której mowa w pkt 1, zostanie stwierdzony brak zgodności orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej ze stanem faktycznym lub zasadami orzecznictwa o niezdolności do pracy (art. 14 ust. 4 i 5 ustawy emerytalnej).

Zgodnie z art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 423, z późn. zm.; dalej „ustawa systemowa”) decyzje w zakresie indywidualnych spraw dotyczących m.in. ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych czy ich wymiaru wydaje ZUS, jako organ rentowy.

Jak wynika z powyższych regulacji prawnych, a w szczególności z przywołanego art. 14 ust. 3 ustawy emerytalnej, postępowanie w sprawie wydania orzeczenia o niezdolności do pracy nie jest samodzielnym, odrębnym postępowaniem administracyjnym toczącym się przed organem rentowym, lecz elementem/częścią toczącego się przed organem rentowym postępowania wyjaśniającego w przedmiocie rozstrzygnięcia prawa do świadczenia. Należy mieć na uwadze, że stwierdzenie niezdolności do pracy jest zasadniczo jedną z przesłanek przyznania prawa do świadczenia obok innych niezbędnych do jego ustalenia (w celu przyznania, np. prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy obok stwierdzenia niezdolności do pracy wymagane jest udowodnienie odpowiedniego okresu składkowego i nieskładkowego oraz powstanie niezdolności w ustawowo określonych okresach). Postępowanie w sprawie wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika/komisję lekarską jest zatem jedynie etapem procesu decyzyjnego zainicjowanego wnioskiem ubezpieczonego o przyznanie prawa do świadczenia.

Orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika nie jest decyzją administracyjną, gdyż nie rozstrzyga o prawie do wnioskowanego świadczenia, lecz rozstrzygnięciem/ustaleniem wypadkowym, niezbędnym do wydania decyzji w przedmiocie prawa do świadczenia. Jak

wskazuje się w doktrynie, orzekanie o spełnieniu warunku niezdolności do pracy stanowi podstawę faktyczną decyzji w sprawie świadczeń z ubezpieczenia społecznego (tak B. Gudowska, w: *Emerytury i renty z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Komentarz*. Legalis). Jest ono wydawane na wniosek właściwej komórki organizacyjnej oddziału ZUS, a nie osoby ubiegającej się o świadczenie. Rolą lekarzy orzeczników i komisji lekarskich jest wiążące ustalenie określonych okoliczności faktycznych, ich ocena i ujęcie w języku normy prawnej przez posłużenie się takimi terminami prawnymi, jak niezdolność do pracy czy niezdolność do samodzielnej egzystencji. Jest to etap postępowania dowodowego, który na gruncie postępowania administracyjnego można przyrównać do opiniowania przez biegłego, przy czym, z uwagi na specyfikę toczących się postępowań z zakresu ubezpieczeń społecznych oraz ich skalę, został on uregulowany w sposób szczególny (orzekanie odbywa się w trybie dwuinstancyjnym, jest sprawowane przez zatrudnionych w Zakładzie lekarzy orzeczników a nie powoływanych *ad hoc* specjalistów, nadzór nad wykonywaniem orzecznictwa jest sprawowany przez Prezesa za pośrednictwem Naczelnego Lekarza Zakładu).

Odnosząc powołane powyżej unormowania prawa ubezpieczeń społecznych do regulacji art. 139 k.p.a. i zawartej w niej zasady zakazu *reformationis in peius* (organ odwoławczy nie może wydać decyzji na niekorzyść strony odwołującej się, chyba że zaskarżona decyzja rażąco narusza prawo lub rażąco narusza interes społeczny), brak jest w ocenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej uzasadnienia do podjęcia inicjatywy ustawodawczej w proponowanym w petycji zakresie.

Postępowanie przed organami orzecznictwa lekarskiego ZUS (lekarzem orzecznikiem, komisją lekarską) nie można zakwalifikować jako postępowania administracyjnego przed organem administracji publicznej. Postępowanie administracyjne wszczynane jest bowiem na wniosek uprawnionego przed organem rentowym i ten organ jest uprawniony do wydania decyzji administracyjnej. Orzeczenie wydawane przez lekarza orzecznika/komisję lekarską nie jest rozstrzygnięciem indywidualnym kończącym postępowanie w sprawie (decyzją) a jedynie etapem zainicjowanego wnioskiem o przyznanie prawa do świadczenia postępowania przed organem rentowym, który ma doprowadzić do jej wydania. Nie można również przyjąć, że komisja lekarska jest organem odwoławczym w rozumieniu regulacji k.p.a., w szczególności mając na uwadze unormowania art. 138 k.p.a. stanowiącego o zakresie i sposobie rozstrzygania przez organ odwoławczy. Komisja lekarska orzekając w drugiej instancji nie weryfikuje prawidłowości wydanego przez lekarza orzecznika orzeczenia, nie posiada uprawnień do uchylenia lub zmiany tego orzeczenia. Komisja w oparciu o bezpośrednie badanie oraz dokumentację medyczną samodzielnie i

niezależnie od ustaleń lekarza orzecznika ustala istnienie i zakres niezdolności do pracy. Dokonuje zatem własnej oceny stanu zdrowia ubiegającego się o prawo do świadczenia oraz jego wpływu na zdolność do pracy, z tą różnicą, że ocena ta dokonywana jest przez zespół trzech lekarzy. Taki tryb wynika z przyjętych w Zakładzie jednolitych dla obu instancji orzecznich standardów orzecznictwa lekarskiego.

W doktrynie za takim stanowiskiem wyraźnie opowiedział się P. Bisikiewicz (w: *Problematyka stosowania zakazu reformationis in peius w postępowaniu przed organami orzecznictwa lekarskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2021, nr 7, s. 39) wskazując, że: „(...) istnieje wyraźny dysonans znaczeniowy pomiędzy pojęciami „organ” (w rozumieniu k.p.a.) i „organ orzecznictwa lekarskiego”, przez co nie można mówić, że względem orzeczeń wydawanych przez lekarzy orzeczników ZUS należy stosować dokładnie te same przepisy k.p.a. jak w stosunku do decyzji wydawanych przez organy (administracji publicznej). Ponadto, skoro orzeczenie wydawane przez organy orzecznictwa lekarskiego w postępowaniu przed organem rentowym nie jest tożsame z decyzją wydawaną przez organ administracji publicznej, to nie można względem niego zastosować instytucji zakazu *reformationis in peius* pomimo posiłkowego stosowania przepisów k.p.a. przez organ rentowy.”

Dodatkowo należy wskazać, że przyjęcie stanowiska prezentowanego w petycji i wyeliminowanie możliwości zmiany ustaleń orzecznich dokonanych w orzeczeniu lekarza orzecznika na niekorzyść wnoszącego sprzeciw wobec tego orzeczenia w praktyce oznaczałoby, że w przypadku stwierdzenia przez komisję lekarską nieprawidłowości (merytorycznych lub formalnych) w wydanym orzeczeniu lekarza orzecznika, brak byłoby możliwości skorygowania tych ustaleń w orzeczeniu komisji. W konsekwencji orzeczenie lekarza orzecznika nadal funkcjonowałoby w obrocie prawnym, mimo że wywołuje wadliwe skutki prawne (stanowi podstawę do podejmowania określonych rozstrzygnięć, np. wypłaty świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, uszczerbku na zdrowiu).

Możliwość dokonania przez komisję lekarską ustaleń, niezależnie od rozstrzygnięcia dokonanego przez lekarza orzecznika, służy zapewnieniu zgodności wydawanych orzeczeń ze stanem faktycznym i zasadami orzecznictwa lekarskiego, a tym samym prawidłowości podejmowanych rozstrzygnięć na podstawie tych orzeczeń przez inne (właściwe w danej sprawie) organy lub podmioty.

Zmiana przepisów w zakresie wskazanym w petycji nie znajduje również uzasadnienia ze względu na brak możliwości jednoznacznej oceny przez komisję lekarską, czy dane orzeczenie będzie dla ubezpieczonego korzystniejsze niż orzeczenie lekarza

orzecznika czy też nie (poza oczywistymi przypadkami, np. ustalenia braku niezdolności do pracy). W tym zakresie oznaczałoby to nałożenie na komisję lekarską obowiązku każdorazowej oceny okoliczności odnoszących się nie tylko do ustaleń orzeczniczych, ale również pod kątem wysokości świadczenia lub też innych, subiektywnych oczekiwań ubezpieczonych. W szczególności dotyczy to ustalenia częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy, okoliczności uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, celowości przekwalifikowania zawodowego czy też potrzeby odbycia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Przykładowo, w niektórych przypadkach wysokość świadczenia rehabilitacyjnego może być wyższa niż wysokość świadczenia rentowego; pobieranie renty nie wyklucza możliwości podjęcia pracy, podczas gdy pobieranie świadczenia rehabilitacyjnego w trakcie wykonywania pracy nie jest możliwe; nie każdy jest zainteresowany zdobyciem nowego zawodu w ramach przekwalifikowania zawodowego lub odzyskaniem zdolności do pracy w trakcie rehabilitacji leczniczej realizowanej w ramach prewencji rentowej ZUS.

Zadaniem lekarza orzecznika i lekarzy – członków komisji lekarskiej wydających orzeczenie w przedmiocie niezdolności do pracy jest ustalenie, zgodnie ze stanem faktycznym, aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz zasadami etyki lekarskiej, w jaki sposób schorzenia upośledzają funkcje organizmu i czy to upośledzenie ma wpływ na zdolność do pracy. Analiza innych okoliczności, w tym subiektywnych oczekiwań ubezpieczonego, np. pod kątem rodzaju świadczenia, nie powinna mieć wpływu na rozstrzygnięcia podejmowane przez lekarzy orzekających w ZUS.

Dodatkowo należy wskazać, że orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie podlegają również kontroli w trybie zwierzchniego nadzoru, jaki Prezes ZUS sprawuje nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego (art. 14 ust. 4 i 5 ustawy emerytalnej). Zatem w każdym przypadku osoba, która otrzymała orzeczenie komisji lekarskiej i nie zgadza się z tym orzeczeniem, może zwrócić się o jego kontrolę we wskazanym trybie nadzoru.

Zauważyć należy również, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych w art. 83 ust. 2 ustawy systemowej przewidziano odrębny od określonego przez przepisy k.p.a. tryb odwoławczy wskazując, że od decyzji organu rentowego wydanych w zakresie indywidualnych spraw przysługuje odwołanie do właściwego sądu w terminie i według zasad określonych w przepisach ustawy – Kodeks postępowania cywilnego. Oznacza to, że decyzje ZUS nie są (z nielicznymi wyjątkami) poddawane kontroli instancyjnej w postępowaniu odwoławczym, o którym mowa w art. 127 i następnym k.p.a., a Zakład orzeka w pierwszej i

ostatniej instancji administracyjnej. Weryfikacja decyzji organu rentowego została poddana reżimowi postępowania cywilnego. Rozwiązanie to eliminuje inne instytucje prawne przewidziane w procedurze administracyjnej jako instrumenty kontroli i weryfikacji decyzji, takie jak odwołanie czy skarga do sądu administracyjnego. Sąd cywilny w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych rozstrzyga merytorycznie o żądaniach strony, co do których powstał spór, co oznacza, że w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do świadczenia uzależnionego od stwierdzenia niezdolności do pracy, sąd niezależnie od ustaleń organu rentowego przeprowadzi postępowanie dowodowe w przedmiocie zaistnienia tej przesłanki (poprzez dopuszczenie dowodu z opinii biegłego) i rozstrzygnie o prawie do świadczenia.

Na koniec warto wskazać, że w roku 2020 spośród 935,7 tys. orzeczeń lekarzy orzeczników wydanych w sprawach świadczeń (od których przysługuje prawo wniesienia sprzeciwu), sprzeciw (bez jednoczesnego zgłoszenia zarzutu wadliwości orzeczenia przez Prezesa ZUS) został wniesiony w 69,6 tys. spraw (7,4% spraw). Z liczby tej komisje lekarskie zmieniły ustalenia dokonane przez lekarza orzecznika w 12,9 tys. spraw, co stanowi 18,5% spraw, w których wniesiono sprzeciw i 1,4% orzeczeń lekarzy orzeczników wydanych w sprawach świadczeń. Łączna liczba orzeczeń, w których komisje lekarskie rozpatrując sprzeciw osoby zainteresowanej ustaliły stopień niezdolności do pracy niższy niż określony w orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS, wyniosła w 2020 r. 252, co stanowiło 0,4% spraw, w których wniesiony został sprzeciw od orzeczenia lekarza orzecznika i 0,03% łącznej liczby orzeczeń lekarzy orzeczników w sprawach świadczeń.

W świetle powyższego, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej nie podziela stanowiska przedstawionego w petycji o potrzebie zmiany przepisów ustawy emerytalnej w celu wskazania, że postępowanie przed komisjami inwalidzkimi ZUS jest postępowaniem administracyjnym.

W związku z powyższymi wyjaśnieniami Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej wyraża negatywne opinie do propozycji wynikających z obu petycji, tj. petycji P10-29/21 oraz petycji P10-31/21.

Z poważaniem,

MINISTER RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

z up. Anna Schmidt

Sekretarz Stanu

/-/ podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym