



MINISTER
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Warszawa, dnia 4 lipca 2013 r.

DAE-XXI-0701-1(1)-MS/ED/13

S.
c.d. petycji
[Signature]

Pan
Michał Seweryński
Przewodniczący Komisji Praw Człowieka,
Praworządności i Petycji
Senat RP

[Signature: Seweryn Raczy Przewodniczący]

W odpowiedzi na pismo z dnia 5 czerwca br. znak: BPS/KPCPP -133-01/P8-3/13, poniżej przedstawiam informację na temat liczby osób uzyskujących emeryturę lub rentę minimalną, metody waloryzacji tych świadczeń oraz oszacowanie potencjalnych kosztów wprowadzenia zwolnienia z opłat za leki określonych kategorii osób.

Wysokość minimalnej emerytury i renty ustalana jest na podstawie art. 94 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.) i jest corocznie ogłaszana w komunikacie Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Kwota ta podlega waloryzacji na tych samych zasadach co waloryzacja emerytur, rent i innych świadczeń oraz dodatków. Waloryzacja odbywa się raz na rok z dniem 1 marca i podlegają jej zarówno podstawa wymiaru jak i kwota świadczenia, które są indeksowane tzw. wskaźnikiem waloryzacji. Wskaźnik ten stanowi średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów w poprzednim roku kalendarzowym powiększony o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym.

Wskaźnikiem waloryzacji może być także średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, jeżeli jest on wyższy od wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów.

Zwiększenie o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia, jest przedmiotem corocznych negocjacji, w ramach Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-

Gospodarczych, przeprowadzanych w czerwcu, w roku poprzedzającym waloryzację. Wyjątkiem od tej zasady była waloryzacja w roku 2012, kiedy przeprowadzona została waloryzacja kwotowa, w wyniku której świadczenia wzrosły o 71 zł.

Minimalna emerytura i renta (brutto) z ZUS oraz emerytura i renta podstawowa (brutto) z KRUS w latach 2010-2013 wyniosła:

Od 1 marca 2010 -	706,29 zł
Od 1 marca 2011 -	728,18 zł
Od 1 marca 2012 -	799,18 zł
Od 1 marca 2013 -	831,15 zł

Minimalna renta dla osoby częściowo niezdolnej do pracy (brutto) w latach 2010-2013 wyniosła:

Od 1 marca 2010 -	543,29 zł
Od 1 marca 2011 -	560,13 zł
Od 1 marca 2012 -	613,38 zł
Od 1 marca 2013 -	637,92 zł

Jednocześnie trudno jest podać precyzyjną liczbę osób otrzymujących minimalne świadczenia, gdyż informacje te gromadzone są przez płatników świadczeń tj. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i zakłady emerytalne służb mundurowych i prezentowane dla różnych okresów (ZUS wg stanu na 1 marca, KRUS wg stanu na 31 października, MSWIA wg stanu na 31 grudnia). Porównywalność danych jest zatem ograniczona. Niemniej jednak można szacować, że przeciętnie miesięcznie wypłacanych jest około 500 tys. świadczeń do wysokości minimalnej emerytury.

Na podstawie danych Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (obecnie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) oraz Ministerstwa Sprawiedliwości można stwierdzić, że w 2011 r. w służbach mundurowych minimalne świadczenia uzyskiwała niewielka liczba osób - ok. 0,5 tys.

W ZUS na dzień 1 marca minimalne świadczenia emerytalne otrzymywało ok. 50 tys. osób (ok. 1%), oraz nieco ponad 230 tys. osób renty z tytułu niezdolności do pracy (19,2%), z czego połowę z tych świadczeń stanowiły renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy, których wysokość jest niższa od kwoty minimalnej emerytury.

W KRUS w październiku 2011 r. wypłacono ok 200 tys. emerytur i rent w wysokości równej lub poniżej minimalnej (30% ogółu świadczeń) – w tym przypadku emerytury podstawowej.

Dodatkowo istnieje jeszcze jedna kategoria świadczeń rentowych - renta socjalna, która przyznawana jest osobom pełnoletnim całkowicie niezdolnym do pracy, których niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 18 lat lub w trakcie nauki w szkole lub szkole wyższej przed ukończeniem 25 lat lub w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej. Wysokość renty socjalnej kształtuje się na poziomie 84% renty z tytułu niezdolności do pracy. W 2011 r. otrzymywało je 250 tys. osób.

Należy mieć na uwadze, że fakt otrzymywania świadczenia w minimalnej kwocie nie przesądza o faktycznej sytuacji dochodowej gospodarstw domowych emerytów i rencistów. Część z tych osób uzupełnia dochody ze świadczeń innymi dochodami (z pracy lub źródeł niezarobkowych) lub też otrzymując świadczenie wyższe od minimalnego posiada inne osoby na utrzymaniu. Oba te przypadki mogą zmienić sytuację życiową emerytów i rencistów.

Określenie kręgu osób najuboższych i przewlekle chorych, które mogłyby zostać zwolnione z opłaty za leki jest niezmiernie trudne. Dostępne dane statystyczne dotyczące przyznanych refundacji za leki nie pozwalają na określenie zarówno ogólnej liczby pacjentów, którzy z niej skorzystali, jak również ich cech społeczno-ekonomicznych. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że próba określenia definicji osoby najuboższej lub przewlekle chorej, przy uwzględnieniu warunku możliwości weryfikacji osoby uprawnionej do zwolnienia z opłat za leki, prowadzi może do arbitralnego wyłączenia określonych kategorii osób potencjalnie potrzebujących tego typu wsparcia.

Najprostszą metodą określenia potencjalnej grupy beneficjentów jest uzależnienie przyznania zwolnienia z opłat za leki od uzyskiwania niskich dochodów przypadających na członka gospodarstwa rodzinnego, np. na poziomie kwalifikującym do uzyskania pomocy z systemu świadczeń społecznych. Jednakże, takie rozwiązanie uniemożliwi uzyskanie ww. wsparcia przez osoby samotne uzyskujące nawet minimalną rentę lub emeryturę (gdyż kryterium dochodowe dla świadczeń z pomocy społecznej kształtuje się na poziomie 542 zł dla osoby samotnie gospodarującej oraz 456 zł dla osoby w rodzinie).

Także uzależnienie otrzymania wsparcia w formie zwolnienia z opłat za leki od faktu uzyskiwania innej formy pomocy z systemu pomocy społecznej nie jest wolne od wad, gdyż wymusza kontakt osoby upoważnionej z ośrodkiem pomocy społecznej, co może być znacząco utrudnione na obszarach wiejskich lub w przypadku osób częściowo lub całkowicie niesamodzielnych.

W przypadku osób przewlekle chorych lub niepełnosprawnych istnieje szereg ulg lub świadczeń, których uzyskanie mogłoby stanowić podstawę zwolnienia z opłat za leki. Jednakże część z nich już obecnie korzysta z leków refundowanych. Takie rozwiązanie pomijałoby także osoby ubogie, które nie są przewlekle chore.

Biorąc pod uwagę powyższe, określenie potencjalnej grupy beneficjentów proponowanego rozwiązania wymaga bardzo szczegółowego określenia definicji osoby najuboższej (emeryta lub rencisty) oraz osoby przewlekle chorej z uwzględnieniem możliwości weryfikacji osób uprawnionych do zwolnienia z opłat za leki oraz obowiązującego prawa.

W związku z brakiem możliwości jednoznacznego wskazania definicji osoby uprawnionej do uzyskania proponowanego wsparcia, a tym samym liczebności potencjalnej grupy beneficjentów, określenie kosztów wprowadzenia rozwiązania jest niezmiernie trudne. Niemniej jednak, poniżej przedstawiono szacunek potencjalnych kosztów wprowadzenia postulowanego rozwiązania w zależności od liczebności potencjalnej grupy beneficjentów.

Badanie GUS pt. „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.” wskazuje, że w 2010 r. około 0,4 mln emerytów i rencistów (tj. około 4% ogółu emerytów i rencistów) nie było stać na leki. Z wcześniej przedstawionych szacunków wynika, że około 0,5 mln osób pobiera emerytury lub renty minimalne, jednak nie ma możliwości określenia czy wśród tych osób znajdują się te, które deklarowały że nie stać ich na leki, czy też ile z nich żyje w gospodarstwie domowym, które uzyskuje dodatkowy dochód z innych źródeł niż emerytura lub renta minimalna. W związku z tym można przyjąć, że minimalna liczba beneficjentów projektowanego rozwiązania może stanowić 0,4 mln osób. Z drugiej strony, dane Ministerstwa Finansów wskazują, że w 2011 r. liczba osób, która skorzystała z ulgi podatkowej na rehabilitacje (w tym na leki) wyniosła około 1,1 mln osób, przy czym nie jest znany wiek tych osób, jak i sytuacja majątkowa, zaś ulga odnosi się jedynie do osób niepełnosprawnych lub osób, na których utrzymaniu pozostają osoby niepełnosprawne.

Zgodnie z informacjami przedstawionymi przez GUS przeciętna miesięczna kwota wydatków na leki w 2010 r. wyniosła 190,7 zł¹. Kwota ta została zwaloryzowana średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów w latach 2011-2012 i w 2012 r. wyniosła 207,85 zł. Zakładając, że minimalna liczba osób, która skorzysta ze zwolnienia z opłat za leki wyniesie 0,4 mln osób (osoby, które deklarowały, że nie stać ich na leki), zaś maksymalna 1,1 mln osób (korzystający z ulgi rehabilitacyjnej), wówczas wprowadzenie tego rozwiązania wymagałoby zapewnienia odpowiednio od około 1 mld zł rocznie do około 2,7 mld zł rocznie. Gdyby przyjąć, że z proponowanego rozwiązania mógłby skorzystać każdy emeryt i rencista (tj. 9,1 mln osób), wówczas koszt wprowadzenia tego rozwiązania wyniosłby 22,7 mld zł rocznie. Jednocześnie należy pamiętać, że deklarowana miesięczna kwota wydatków na leki może już uwzględniać refundację na część leków, a tym samym kwoty te są niższe od rzeczywiście poniesionych łącznie przez osoby indywidualne i budżet państwa. W wyliczeniu nie uwzględniono kosztów administracyjnych związanych np. z rozwinieciem systemu nadawania i weryfikacji uprawnień do bezpłatnych leków.

Jednocześnie należy wskazać, że osoby niepełnosprawne lub chore mogą korzystać z szeregu ulg podatkowych oraz świadczeń z pomocy społecznej. Należą do nich: ulga rehabilitacyjna i ulga na leki, dodatki pielęgnacyjne oraz świadczenia okresowe i zasiłki celowe.

Ulga rehabilitacyjna dotyczy odliczania od dochodu kwoty wydatkowanej na cele rehabilitacyjne oraz wydatków związanych z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych, poniesionych przez podatnika będącego osobą niepełnosprawną lub podatnika, na którego utrzymaniu pozostają w danym roku osoby niepełnosprawne. Istnieją dwa rodzaje odliczeń:

- limitowane kwotowo (czyli ulga przysługuje do wartości limitu w zł),
- Nielimitowane (ulga przysługuje na wszystkie wydatki).

Popularniejszą formą jest ograniczanie wartości ulgi kwotą poniesionych wydatków. Wydatki ograniczone kwotowo co prawda nie mogą przekraczać pewnego limitu, niemniej ich poniesienia nie trzeba udowadniać. Zalicza się do nich wydatki w kwocie nie przekraczającej w roku podatkowym 2 280 zł z przeznaczeniem na:

¹ GUS, „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.”, Warszawa 2012.

- opłacenie przewodników osób niewidomych oraz utrzymanie psa asystującego, o którym mowa w ustawie o rehabilitacji zawodowej dla osób o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- używanie samochodu osobowego, stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności lub podatnika mającego na utrzymaniu taką osobę albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16. roku życia, dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne.

Ulga na leki nie zalicza się ani do wydatków limitowanych, ani do nieograniczonych kwotą górnego limitu. Odliczenie na leki dotyczy wyłącznie różnicy pomiędzy faktycznie poniesionymi wydatkami w danym miesiącu, a kwotą 100 zł. Z odliczenia korzysta się wyłącznie, jeśli lekarz specjalista stwierdzi, że osoba niepełnosprawna powinna stosować określone leki (stałe lub czasowo). Podstawą jest zalecenie (pisemne) lekarza (np. recepta, karta pacjenta) oraz faktura (lub inny dowód poniesienia wydatku, wskazujący, że podatnik poniósł wydatek). Wydatki, które mogą zostać odliczone od dochodu ponieść może wyłącznie podatnik będący osobą niepełnosprawną lub podatnik, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne, przy czym osobami niepełnosprawnymi są wyłącznie osoby, posiadające:

- orzeczenia o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub
- decyzję przyznającą rentę z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, rentę szkoleniową albo rentę socjalną, albo
- orzeczenie o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 roku życia.

Podstawą wydawania decyzji o niepełnosprawności jest ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2011, nr 127, poz. 721 z późn. zm.). Skorzystanie z odliczenia możliwe jest również w przypadku, gdy osoba, której dotyczy wydatek, posiada orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez właściwy organ na podstawie odrębnych przepisów obowiązujących do dnia 31 sierpnia 1997 r.

Z ulgi na cele rehabilitacyjne w 2011 r. skorzystało ponad 1mln podatników (ok. 4-5%), zaś kwota odliczeń wynosiła 2 497 mln zł, a przeciętna kwota odliczona przez podatnika wynosiła 2 299 zł.

Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty (z tytułu niezdolności do pracy lub rodzinnej), jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia. W 2011 r. przeciętna miesięczna liczba wypłaconych dodatków pielęgnacyjnych wyniosła 2 681,4 tys. i przeznaczono na nie 6 020,6 mln. zł.

W przypadku przewlekłej choroby lub inwalidztwa można także ubiegać się o świadczenia z pomocy społecznej w postaci świadczenia okresowego lub zasiłku celowego. W szczególności można ubiegać się o dofinansowanie zakupu leków. Prawo do świadczeń pieniężnych przysługuje

osobom i rodzinom, których posiadane dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej.

Rada gminy, w drodze uchwały, może podwyższyć kwoty uprawniające do zasiłków okresowego i celowego. Świadczenie może być przyznane do kwoty obowiązującego kryterium dochodowego.

Służby pomocy społecznej nie prowadzą tak szczegółowej statystyki, aby można było wyodrębnić z ogółu zasiłków okresowych i celowych liczbę tych, które służą dofinansowaniu kosztów leczenia i leków. Trzeba także pamiętać o tym, że jest to pomoc okresowa lub jednorazowa.

Na podstawie wyników badania GUS na temat ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r. - „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.” można oszacować, że tego rodzaju pomoc otrzymało ok. 180 tys. emerytów i rencistów.

Sto, szp. uprany @acuku z up. **MINISTER**
[Signature]
Milgorzata Marcińska
PODSEKRETARZ STANU