



BM-II.059.2.5.2025

Warszawa, /elektroniczny znacznik czasu/

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację poselską nr 2128 Pani Małgorzaty Gromadzkiej, w sprawie możliwości wsparcia finansowego dla osób w ciężkiej sytuacji zdrowotnej po odmowie przyznania renty chorobowej, proszę przyjąć poniższe informacje.

Należy podkreślić, że osoby znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej i dochodowej mogą korzystać ze wsparcia w ramach systemu pomocy społecznej. Zasady i tryb przyznawania tych świadczeń reguluje ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 i 1572). Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą umożliwić osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości.

Rolą pomocy społecznej jest zatem, w pierwszej kolejności, wspieranie osoby lub rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia potrzeb bytowych, tak by stała się samowystarczalna. Rodzaj, forma i rozmiar świadczenia powinny odpowiadać okolicznościom uzasadniających udzielenie pomocy, zaś potrzeby osób i rodzin z niej korzystających powinny zostać uwzględnione, jeżeli odpowiadają celom i mieszczą się w możliwościach pomocy społecznej. Wśród przesłanek umożliwiających uzyskanie pomocy wymienić należy między innymi niepełnosprawność oraz długotrwałą lub ciężką chorobę.

W systemie pomocy społecznej występują różnorodne świadczenia o charakterze pieniężnym (zasiłki) i niepieniężnym (np. usługi opiekuńcze, pobyt i usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, poradnictwo specjalistyczne). Przyznanie prawa do świadczenia pieniężnego z pomocy społecznej uzależnione jest od spełniania kryteriów dochodowych. Kwoty kryteriów dochodowych w pomocy społecznej podlegają okresowej weryfikacji. Od 1 stycznia 2025 r. kryteria dochodowe w pomocy społecznej wynoszą dla osoby samotnie gospodarującej – 1010 zł, a dla osoby w rodzinie – 823 zł.

Osoby i rodziny, których dochód jest niższy od odpowiedniego kryterium dochodowego, mogą ubiegać się o takie świadczenia pieniężne jak:

- zasiłek stały, przysługujący osobie niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy,
- zasiłek okresowy, przysługujący w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego,
- zasiłek celowy, może być przyznany w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej, w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych i leczenia, ogrzewania, w tym opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu. W szczególnie uzasadnionych przypadkach osobom i rodzinom, których dochody przekraczają ustawowe kryteria, można przyznać pomoc finansową w formie bezzwrotnego specjalnego zasiłku celowego lub innych świadczeń na zasadach zwrotnych.

Osoby znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej mogą również ubiegać się o wsparcie w ramach wieloletniego rządowego programu „Posiłek w szkole i w domu” na lata 2024-2028. Program ten skierowany jest do dzieci i osób dorosłych, w szczególności osób samotnych, w podeszłym wieku, chorych lub niepełnosprawnych, którym zapewnia wsparcie w formie posiłku, świadczenia pieniężnego na zakup posiłku lub żywności albo świadczenia rzeczowego w postaci produktów żywnościowych. Dodatkowo, program dofinansowuje dowóz posiłków osobom niewychodzącym z domu ze względu na podeszły wiek czy niepełnosprawność, które same nie są w stanie posiłku przygotować. Z uwagi na podwyższenie kryterium dochodowego uprawniającego do korzystania ze wsparcia w ramach programu, pomoc otrzymają osoby o dochodach nieprzekraczających 1646 zł w przypadku osób samotnie gospodarujących i 2020 zł w przypadku osób w rodzinie.

Świadczenia z pomocy społecznej są udzielane na wniosek osoby zainteresowanej, jej przedstawiciela ustawowego albo innej osoby, za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego; mogą być również przyznane z urzędu. W każdym przypadku o tym, czy dana osoba (rodzina) kwalifikuje się do otrzymania świadczeń z pomocy społecznej (oraz o ich zakresie i formie) decyduje kierownik ośrodka pomocy społecznej, po zbadaniu sytuacji osoby (rodziny) przez pracownika socjalnego w drodze rodzinnego wywiadu środowiskowego, który przeprowadza się z osobą lub rodziną w miejscu zamieszkania lub pobytu. Przyznanie świadczeń następuje w formie decyzji administracyjnej. Od decyzji dyrektora OPS stronie postępowania przysługuje prawo odwołania do samorządowego kolegium odwoławczego w ciągu 14 dni od daty doręczenia decyzji (zgodnie z pouczeniem w niej zawartym).

Informuję, że od 1 stycznia 2024 r. osoby z niepełnosprawnością mogą też uzyskać wsparcie finansowe w postaci nowego świadczenia dedykowanego tej grupie społecznej, czyli świadczenia wspierającego. Warunki nabywania prawa do tego świadczenia oraz zasady jego przyznawania i wypłacania określają przepisy ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1429).

Zgodnie z jej zapisami, świadczenie wspierające przysługuje osobie, która ukończyła 18 rok życia, posiadającej odpowiednie orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność oraz decyzję ustalającą odpowiedni poziom potrzeby wsparcia, w której potrzebę wsparcia określono na poziomie od 70 do 100 punktów w skali. Decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia wydaje wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności na wniosek osoby niepełnosprawnej, jej przedstawiciela ustawowego (np. opiekuna prawnego) albo, za ich zgodą, na wniosek ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych. Wnioski o wydanie decyzji można składać:

- bezpośrednio w wojewódzkim zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności, wydającym decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia;
- za pośrednictwem powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności;
- drogą elektroniczną, za pośrednictwem portalu informacyjno-usługowego Emp@tia, dostępnego pod adresem: empatia.mpips.gov.pl

Przy ustalaniu potrzeby wsparcia brana jest pod uwagę - adekwatnie do wieku oraz niepełnosprawności fizycznej, psychicznej, intelektualnej lub sensorycznej - zdolność osoby do samodzielnego wykonywania określonych czynności związanych z obszarami codziennego funkcjonowania oraz rodzaj wymaganego wsparcia, z uwzględnieniem czasu niezbędnego do wykonania takich czynności oraz konieczności wsparcia przez inną osobę

lub technologię wspomagającą, mającą na celu zapewnienie zwiększenia lub utrzymania niezależności osoby niepełnosprawnej¹.

W postępowaniu dowodowym, prowadzonym przez skład ustalający poziom potrzeby wsparcia, pod uwagę bierze się:

- zdolność osoby zainteresowanej do świadomego i samodzielnego inicjowania wykonania czynności;
- zdolność osoby zainteresowanej do celowego, efektywnego i bezpiecznego wykonywania czynności w standardowym czasie (uwzględniającego wiek osoby zainteresowanej);
- zdolność osoby zainteresowanej do kontrolowania wykonywania czynności od jej rozpoczęcia do zakończenia;
- konieczność wsparcia osoby zainteresowanej przez inną osobę lub technologię wspomagającą;
- niewykonanie czynności przez osobę zainteresowaną z przyczyn niezwiązanych z niepełnosprawnością;
- nieutralny stan zdrowia osoby zainteresowanej niezwiązany z niepełnosprawnością².

Kwota świadczenia wspierającego jest powiązana z wysokością renty socjalnej i wynosi od 40% do 220% renty socjalnej. Wysokość świadczenia jest uzależniona od uzyskanej oceny poziomu potrzeby wsparcia osoby z niepełnosprawnością.

Nadmieniam, że wraz z coroczną waloryzacją renty socjalnej, corocznej waloryzacji będzie podlegała także wysokość świadczenia wspierającego.

Co istotne, świadczenie wspierające przysługuje bez względu na wysokość dochodu osiąganego przez osobę z niepełnosprawnością, dochodu jej opiekuna czy innych członków rodziny (brak kryterium dochodowego).

Realizacją zadań związanych z przyjmowaniem i rozpatrywaniem wniosków oraz ustalaniem prawa do świadczenia wspierającego zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych na wniosek dorosłej osoby z niepełnosprawnością lub osoby upoważnionej do jej reprezentowania, złożony w formie elektronicznej, za pośrednictwem jednego z trzech kanałów wnioskowania:

- platformy PUE ZUS;
- portalu informacyjno-usługowego Emp@tia;
- bankowości elektronicznej.

Narzędziem elektronicznym wykorzystywanym w sprawach dotyczących świadczenia wspierającego i służącym do kontaktowania się przez ZUS z osobą ubiegającą się lub pobierającą to świadczenie (oraz osoby ubiegającej się/pobierającej świadczenie z ZUS) jest Platforma Usług Elektronicznych ZUS (PUE ZUS). Jeżeli wniosek zostanie złożony przez bankowość elektroniczną albo portal Emp@tia, a wnioskodawca nie ma profilu na PUE ZUS, Zakład Ubezpieczeń Społecznych założy taki profil na podstawie danych z wniosku. Na PUE ZUS będzie można znaleźć wszystkie informacje na temat złożonego wniosku i jego obsługi. Warto podkreślić, że osoby ubiegające się o świadczenie wspierające mogą - w siedzibie lub oddziałach ZUS - uzyskać wsparcie i pomoc zarówno w założeniu profilu na PUE ZUS, jak i w wypełnieniu i wysłaniu wniosku przez Internet.

Wyrównywaniu szans osób niepełnosprawnych w codziennym funkcjonowaniu służą także środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), który pełni rolę narzędzia finansowania polskiego systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób

¹ Art. 4b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 44 ze zm.).

² § 10 ust. 1 ww. rozporządzenia.

niepełnosprawnych. Zakres tej pomocy określają przepisy wspomnianej już ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Na jej podstawie, osobie niepełnosprawnej mogą być finansowane, w części lub całości, takie np. zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów czy działania związane z likwidacją barier funkcjonalnych (architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych) - w związku z indywidualnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.

Warunki, jakie powinni spełniać wnioskodawcy, a także tryb postępowania i zasady dofinansowania ze środków Funduszu zostały określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych³. Zgodnie z § 10 tego rozporządzenia, dofinansowanie zadań ze środków PFRON następuje na pisemny wniosek złożony do powiatowego centrum pomocy rodzinie, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy. Do wniosku - w zależności od rodzaju wnioskowanej pomocy - dołącza się dodatkową dokumentację, wskazaną w rozporządzeniu. Organ realizujący zadania winien kierować się przede wszystkim dobrem osoby niepełnosprawnej, analizując wszystkie czynniki i okoliczności, których zmiana może wpłynąć na poprawę jej funkcjonowania. Każdy wniosek osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie ze środków PFRON powinien być rozpatrywany indywidualnie. Ocena uwzględniająca całokształt okoliczności sprawy dotyczącej dofinansowania wnioskowanego przedsięwzięcia należy do organu udzielającego dofinansowania. Oznacza to, że ostateczna decyzja i podjęcie rozstrzygnięcia co do przyznania dofinansowania i jego wysokości, należy każdorazowo do właściwej jednostki organizacyjnej samorządu terytorialnego, która jest dysponentem przedmiotowych środków.

Nadmieniam, że osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji mogą uzyskać świadczenie uzupełniające, o którym mowa w ustawie z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji⁴. Zgodnie z jej zapisami, świadczenie kierowane jest do osób, które:

- ukończyły 18 lat,
- posiadają orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji, wydane przez właściwe organy emerytalno-rentowe (ZUS, KRUS, MON, MSWiA czy Służba Więzienna),
- nie posiadają prawa do świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych albo suma tych świadczeń (wraz ze świadczeniem uzupełniającym) o charakterze innym niż jednorazowe, wraz z kwotą wypłacaną przez zagraniczne instytucje właściwe do spraw emerytalno-rentowych - z wyłączeniem niektórych rent rodzinnych dzieci, zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku energetycznego, dodatku osłonowego, świadczenia ratowniczego z tytułu wysługi lat w ochotniczej straży pożarnej, dodatku węglowego, dodatku dla gospodarstw domowych z tytułu wykorzystywania niektórych źródeł ciepła, dodatku elektrycznego, świadczenia wspierającego, oraz innych dodatków i świadczeń wypłacanych wraz z tymi świadczeniami na podstawie odrębnych przepisów przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń - nie przekracza kwoty 2 419,33 zł brutto miesięcznie.

Powyższe trzy warunki muszą być spełnione łącznie.

³ Dz. U. z 2015, poz. 926 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 1649.

Ustalenie prawa do przedmiotowego świadczenia następuje na wniosek osoby uprawnionej złożony do organu wypłacającego danej osobie świadczenia emerytalno-rentowe albo rentę socjalną, a w przypadku pozostałych uprawnionych - do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W każdej sytuacji wniosek wymaga indywidualnego rozpatrzenia.

Wyjaśniam ponadto, że renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje osobie, którą uznano za całkowicie lub częściowo niezdolną do wykonywania pracy zarobkowej z powodu stanu zdrowia. Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Za częściowo niezdolną do pracy uznaje się natomiast osobę, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do wykonywania pracy zgodnej z posiadanymi przez siebie kwalifikacjami. Zgodnie z ustawą z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631, ze zm.), o niezdolności do pracy, jej stopniu i okresie - w celu ustalenia uprawnień do świadczeń, których przyznanie zależy od stwierdzenia niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji - orzekają lekarze orzecznicy i komisje lekarskie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Należy pamiętać, że lekarz orzecznik ZUS (lub komisja lekarska ZUS) orzeka o niezdolności do pracy i jej stopniu, a nie o istnieniu lub nieistnieniu niepełnosprawności, czy choroby ubezpieczonego. Przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowań co do odzyskania zdolności do pracy, lekarz orzecznik i członkowie komisji lekarskiej uwzględniają: stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji, możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego - biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy oraz poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne. Od decyzji lekarza orzecznika istnieje możliwość wniesienia odwołania w formie sprzeciwu. Jego adresatem powinna być komisja lekarska ZUS. Od decyzji komisji można odwołać się do właściwego sądu pracy i ubezpieczeń społecznych.

Jednocześnie informuję, że niezbędnym warunkiem nabycia prawa do omawianego świadczenia jest powstanie niezdolności do pracy (całkowitej lub częściowej) w czasie ubezpieczenia, tj. w jednym z okresów składkowych i nieskładkowych, wskazanych w art. 57 ust. 1 pkt 3 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, bądź nie później niż w ciągu 18 miesięcy od jego ustania.

Długość wymaganego okresu ubezpieczenia jest uzależniona od wieku osoby ubezpieczonej i - zgodnie z art. 58 ust. 1 ww. ustawy - wynosi od 1 roku (gdy niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 roku życia) do 5 lat (gdy niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat). W przypadku, gdy niezdolność do pracy powstała po ukończeniu 30. roku życia, staż ubezpieczeniowy wynoszący 5 lat powinien przypadać - zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach z FUS - w ciągu ostatniego dziesięciolecia przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy. Ów 5-letni staż nie musi być nieprzerwany, a ponadto w jednej czwartej może składać się z okresów nieskładkowych. Ustalając, czy wnioskodawca posiada wymagany staż ubezpieczeniowy, organ rentowy bada 10-lecie poprzedzające datę zgłoszenia wniosku lub datę powstania niezdolności do pracy - w zależności od tego, co jest dla niego korzystniejsze.

Oceny stanu zdrowia osób ubiegających o rentę z tytułu niezdolności do pracy dokonuje, w formie orzeczenia, w I instancji lekarz orzecznik, w II instancji komisja lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Orzeczenie lekarza orzecznika (komisji lekarskiej), od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, stanowi dla ZUS podstawę do wydania decyzji w sprawie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Podkreślenia wymaga, że kontrola prawidłowości wydawanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzji należy wyłącznie do sądów pracy i ubezpieczeń społecznych w I i II instancji. Zgodnie z obowiązującym prawem, orzeczenie sądu z chwilą uprawomocnienia jest wiążące dla stron postępowania oraz wszystkich organów i instytucji. Nadzór nad orzekaniem o niezdolności do pracy sprawuje Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Nadzór ten obejmuje:

- kontrolę prawidłowości i jednolitości stosowania zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie,
- udzielanie lekarzom orzecznikom i komisjom lekarskim wytycznych w zakresie stosowania zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy,
- prawo przekazania sprawy do rozpatrzenia przez komisję lekarską, jeżeli w wyniku kontroli zostanie stwierdzony brak zgodności orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej ze stanem faktycznym lub zasadami orzecznictwa o niezdolności do pracy.

Nadzór nad orzekaniem o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych sprawuje za pośrednictwem naczelnego lekarza ZUS. Bezpośredni nadzór nad orzekaniem o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników w oddziale sprawowany jest za pośrednictwem głównego lekarza orzecznika.

W zakresie odwołania od decyzji indywidualnych ubezpieczonym przysługuje, zgodnie z postanowieniami art. 83 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, z późn. zm.), odwołanie do właściwego sądu w terminie i według zasad określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego.

Ze względu na możliwość zaistnienia sytuacji o szczególnym charakterze, ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych uregulowano kwestię przyznawania świadczeń emerytalno-rentowych w drodze wyjątku. Zgodnie z art. 83 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może przyznać świadczenie w drodze wyjątku ubezpieczonym oraz pozostałym po nich członkom rodziny, którzy wskutek szczególnych okoliczności nie spełniają ustawowych warunków pozwalających na uzyskanie prawa do emerytury lub renty w trybie zwykłym, nie mogą – ze względu na całkowitą niezdolność do pracy lub wiek – podjąć pracy lub działalności objętej ubezpieczeniem i nie mają niezbędnych środków utrzymania. Wszystkie te warunki muszą być spełnione łącznie, a niespełnienie któregokolwiek z nich wyklucza możliwość przyznania świadczenia w drodze wyjątku. Przepis ten może mieć zastosowanie tylko wówczas, gdy wskutek szczególnych okoliczności nie zostały spełnione warunki wymagane do uzyskania świadczenia w trybie zwykłym. Rozpatrzenie prawa do świadczenia w drodze wyjątku może nastąpić po ostatecznym rozstrzygnięciu kwestii dotyczącej uprawnień do świadczeń w trybie zwykłym.

Z wyrazami szacunku

z up. Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Katarzyna Nowakowska

Podsekretarz Stanu

/-kwalifikowany podpis elektroniczny-/