

Zabezpieczenie społeczne w Polsce

PL



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Warszawa 2023

Zabezpieczenie społeczne w Polsce



ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH

Warszawa 2023

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Opracowanie merytoryczne

Agnieszka Rusiecka

Departament Współpracy Międzynarodowej

przy współpracy

Departamentu Finansów Funduszy

Departamentu Finansów Zakładu

Departamentu Legislacyjno-Prawnego

Departamentu Relacji z Klientami

Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego

Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

Departamentu Realizacji Dochodów

Departamentu Świadczeń Międzynarodowych i Wsparcia Rodzin

Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych

Departamentu Świadczeń Emerytalno-Rentowych

Departamentu Ubezpieczeń i Składek

Departamentu Zasiłków

Gabinetu Prezesa

oraz

Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej

Ministerstwa Zdrowia

Ministerstwa Obrony Narodowej

Ministerstwa Sprawiedliwości

Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

Prokuratury Krajowej

Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Narodowego Funduszu Zdrowia

Redakcja i korekta

Alicja Bojko

Projekt graficzny

Printomato

Wydawca

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Warszawa 2023

Skład: Poligrafia ZUS w Warszawie. Zam. nr 3989/23

Spis treści

Wstęp.....	7
1. Organizacja polskiego systemu zabezpieczenia społecznego	9
1.1. Schemat organizacyjny	10
1.2. Działy administracji rządowej.....	12
2. Ramy prawne polskiego systemu zabezpieczenia społecznego	14
2.1. Ustawodawstwo krajowe.....	15
2.2. Akty prawa międzynarodowego wiążące Polskę	18
2.2.1. Akty prawa międzynarodowego wiążące państwa Unii Europejskiej.....	18
2.2.2. Akty prawa międzynarodowego wiążące państwa spoza Unii Europejskiej	22
3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych – informacje ogólne	24
3.1. Zadania ZUS	25
3.2. Struktura ZUS.....	27
3.3. Rodzaje ubezpieczeń społecznych.....	28
3.4. Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym	28
3.5. Świadczenia, za które odpowiada ZUS	30
4. Finanse ubezpieczeń społecznych	32
4.1. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	33
4.1.1. Składki.....	35
4.1.2. Konta ubezpieczonych.....	36
4.1.3. Przychody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.....	39
4.1.4. Koszty Funduszu Ubezpieczeń Społecznych	39
4.1.5. Tarcza Antykryzysowa	40
4.1.6. Pomoc dla płatników poszkodowanych w związku z sytuacją ekologiczną na Odrze	40
4.1.7. Dochodzenie należności od płatników składek	41
4.1.8. Rozliczenie składki zdrowotnej.....	43
4.1.9. Zmiany w dokumentach rozliczeniowych.....	44
4.1.10. Nowe terminy składania dokumentów rozliczeniowych i opłacania składek	44
4.1.11. Obowiązek comiesięcznego przekazywania dokumentów rozliczeniowych	44
4.1.12. Korekta dokumentów.....	45
4.2. Fundusz Emerytur Pomostowych	45
4.3. Fundusz Rezerwy Demograficznej.....	46
5. Świadczenia realizowane przez ZUS.....	49
5.1. Ogólne informacje o świadczeniach emerytalnych i rentowych realizowanych przez ZUS.....	50
5.1.1. Waloryzacja emerytur i rent	52
5.1.2. Minimalne emerytury i renty	52
5.1.3. Maksymalne emerytury i renty.....	53
5.1.4. Łączenie emerytury lub renty z pracą.....	53
5.2. Emerytura	54
5.2.1. Emerytura w starym systemie emerytalnym.....	57

5.2.2.	Emerytura w nowym systemie emerytalnym.....	58
5.2.3.	Emerytura pomostowa.....	66
5.2.4.	Zamiana renty z tytułu niezdolności do pracy na emeryturę.....	67
5.2.5.	Rodzicielskie świadczenie uzupełniające „Mama 4+”.....	67
5.3.	Renta z tytułu niezdolności do pracy.....	68
5.3.1.	Świadczenie uzupełniające „500+” dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.....	72
5.4.	Renta szkoleniowa.....	73
5.5.	Renta rodzinna.....	74
5.6.	Świadczenia z zakresu prewencji rentowej. Prewencja wypadkowa.....	76
5.6.1.	Prewencja rentowa.....	76
5.6.2.	Prewencja wypadkowa.....	78
5.7.	Renta socjalna.....	79
5.8.	Świadczenie przedemerytalne.....	80
5.9.	Wynagrodzenie chorobowe i zasiłek chorobowy.....	82
5.9.1.	Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy.....	85
5.10.	Świadczenie rehabilitacyjne.....	86
5.11.	Zasiłek wyrównawczy.....	87
5.12.	Zasiłek macierzyński.....	88
5.13.	Zasiłek opiekuńczy.....	91
5.14.	Dodatek pielęgnacyjny.....	94
5.15.	Dodatek do renty rodzinnej dla sierot zupełnych.....	95
5.16.	Zasiłek pogrzebowy.....	95
5.17.	Jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy.....	96
5.18.	Inne świadczenia i refundacje z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.....	97
6.	Ubezpieczenie społeczne rolników.....	98
6.1.	Organizacja systemu.....	99
6.2.	Funkcjonowanie systemu.....	101
6.3.	Świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników.....	107
6.3.1.	Świadczenia z ubezpieczenia emerytalno-rentowego.....	107
6.3.2.	Wysokość emerytur i rent rolniczych oraz innych świadczeń z ubezpieczenia emerytalno-rentowego.....	109
6.3.3.	Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego.....	111
7.	Pozostałe systemy zabezpieczenia emerytalnego.....	112
7.1.	Wojskowy system zaopatrzenia emerytalnego.....	113
7.1.1.	Emerytura wojskowa.....	113
7.1.2.	Wojskowa renta inwalidzka.....	115
7.1.3.	Wojskowa renta rodzinna.....	116
7.2.	System zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszy służb mundurowych.....	117
7.2.1.	Emerytura policyjna.....	119
7.2.1.1.	Doliczanie do wyслуги emerytalnej tzw. okresów cywilnych przypadających po zwolnieniu ze służby.....	120
7.2.1.2.	Maksymalny i minimalny wymiar emerytury policyjnej.....	121
7.2.2.	Policyjna renta inwalidzka.....	121
7.2.2.1.	Wydawanie orzeczeń o inwalidztwie.....	122
7.2.3.	Policyjna renta rodzinna.....	123

7.2.4.	Inne świadczenia i uprawnienia	124
7.2.4.1.	Dodatki do emerytury policyjnej lub policyjnej renty	124
7.2.4.2.	Zasiłek pogrzebowy	125
7.2.4.3.	Świadczenia socjalne	125
7.2.5.	Waloryzacja świadczeń policyjnych	125
7.2.6.	Łączenie emerytury lub renty policyjnej z pracą	125
7.2.6.1.	Obniżenie wysokości emerytur policyjnych i policyjnych rent inwalidzkich	126
7.2.6.2.	Obniżanie lub zawieszanie policyjnych rent rodzinnych	126
7.2.7.	Świadczenia ratownicze	127
7.3.	System zaopatrzenia społecznego sędziów	128
7.3.1.	Stan spoczynku	128
7.3.2.	Uposażenie rodzinne	129
7.3.3.	Zasiłek pogrzebowy	129
7.3.4.	Pozostałe świadczenia	129
7.4.	System zaopatrzenia społecznego prokuratorów	130
7.4.1.	Zasady przechodzenia lub przeniesienia prokuratorów w stan spoczynku	130
7.4.2.	Uposażenie prokuratorów w stanie spoczynku	131
7.4.3.	Uposażenie rodzinne dla członków rodzin prokuratorów	131
7.4.4.	Zasiłek pogrzebowy	132
7.4.5.	Inne świadczenia	132
8.	Powszechne ubezpieczenie zdrowotne	133
8.1.	Sposoby ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej	137
8.1.1.	Składka zdrowotna dla osób prowadzących działalność gospodarczą	137
8.1.1.1.	Składka zdrowotna dla osób opodatkowanych na zasadach ogólnych	137
8.1.1.2.	Składka zdrowotna dla osób optujących ryczałt od przychodów ewidencjonowanych	137
8.1.1.3.	Składka zdrowotna dla osób stosujących opodatkowanie w formie karty podatkowej	138
8.1.1.4.	Składka zdrowotna dla pozostałych osób prowadzących działalność gospodarczą	138
8.1.1.5.	Składka zdrowotna za osoby współpracujące	138
8.1.2.	Składka zdrowotna dla pozostałych osób ubezpieczonych	138
8.1.3.	Składka zdrowotna dla osób ubezpieczających się dobrowolnie	138
9.	Wsparcie materialne dla rodzin, w szczególności dla rodzin z dziećmi	139
9.1.	Świadczenie wychowawcze w ramach programu Rodzina 500+	140
9.2.	Świadczenie dobry start	141
9.3.	Rodzinny kapitał opiekuńczy	142
9.4.	Dofinansowanie pobytu dziecka w instytucji opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3	142
9.5.	Świadczenia rodzinne	143
9.5.1.	Zasiłek rodzinny i dodatki do tego zasiłku	143
9.5.2.	Świadczenia związane z urodzeniem dziecka	145
9.5.3.	Dodatkowe świadczenia na rzecz rodziny	147
9.5.4.	Świadczenia opiekuńcze	147
9.6.	Świadczenia z funduszu alimentacyjnego	149
9.7.	Zasiłek dla opiekuna	150

10. Świadczenia z tytułu bezrobocia	151
10.1. Zasiłek dla bezrobotnych	153
10.1.1. Uprawnieni do zasiłku dla bezrobotnych	153
10.1.2. Warunki przyznania prawa do zasiłku dla bezrobotnych	153
10.1.3. Wysokość zasiłku dla bezrobotnych	154
10.1.4. Okres pobierania zasiłku	154
11. Pomoc społeczna	157
11.1. Zakres i kryteria przyznawania pomocy społecznej	158
11.2. Świadczenia pieniężne z pomocy społecznej	159
11.2.1. Zasiłek stały	161
11.2.2. Zasiłek okresowy	162
11.2.3. Zasiłek celowy	162
11.2.4. Pomoc na ekonomiczne usamodzielnienie	163
11.2.5. Pomoc pieniężna na usamodzielnienie lub kontynuowanie nauki	164
11.3. Inne formy pomocy społecznej	165
11.3.1. Praca socjalna	165
11.3.2. Poradnictwo specjalistyczne	165
11.3.3. Interwencja kryzysowa	166
11.3.4. Pomoc w postaci schronienia, posiłku, odzieży	166
11.3.5. Sprawienie pogrzebu	167
11.3.6. Usługi opiekuńcze	167
11.3.7. Ośrodki wsparcia i domy pomocy społecznej	167

Wstęp

Oddajemy w Państwa ręce kolejną edycję opracowania *Zabezpieczenie społeczne w Polsce*.

W informatorze zostały zaprezentowane organizacja i ramy prawne polskiego systemu zabezpieczenia społecznego oraz rola i zadania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) – największej w Polsce instytucji publicznej działającej na rzecz tego systemu.

W szczególności przedstawiamy realizowane przez ZUS świadczenia z ubezpieczenia społecznego, tzn. świadczenia emerytalne i rentowe oraz świadczenia z tytułu choroby i macierzyństwa. Informujemy również o wypłacanych przez ZUS świadczeniach na rzecz rodziny (świadczenie wychowawcze, świadczenie dobry start, rodzinny kapitał opiekuńczy i dofinansowanie pobytu dziecka w instytucji opieki nad dzieckiem).

W opracowaniu omówiliśmy także podstawowe zasady funkcjonowania tych obszarów zabezpieczenia społecznego, którymi ZUS nie administruje, tzn.:

- świadczenia rodzinne,
- świadczenia z tytułu bezrobocia,
- świadczenia z pomocy społecznej,
- świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników,
- świadczenia z systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Prezentujemy również system zaopatrzenia emerytalnego służb mundurowych, funkcjonariuszy oraz prokuratorów i sędziów.

Pragniemy w ten sposób pokazać naszym Czytelnikom w kraju i za granicą pełny obraz systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce.

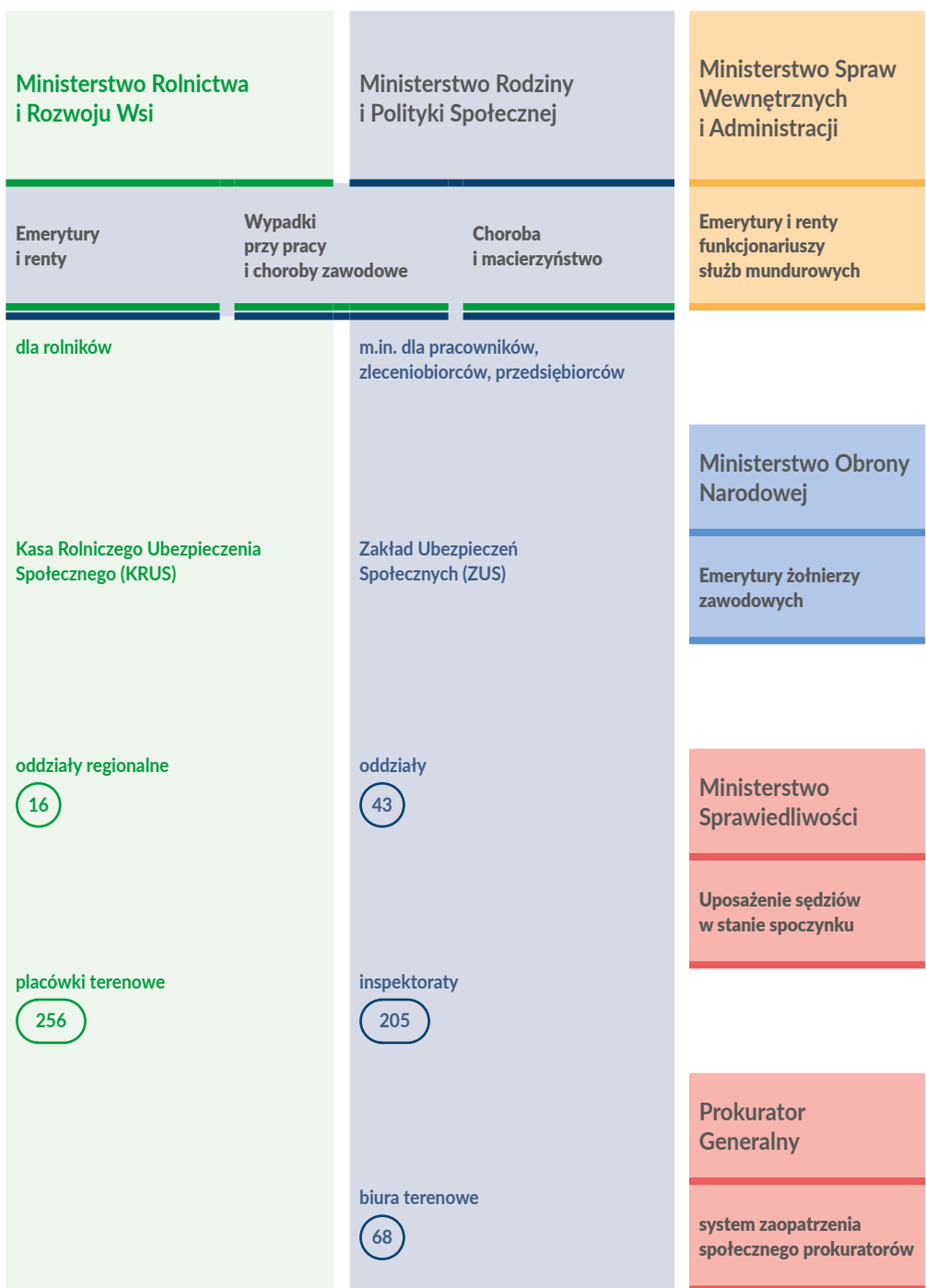
Informator ukazuje się w języku polskim i języku angielskim.

Publikacja ma charakter popularyzatorski i nie jest źródłem prawa ani nie może być podstawą żadnych roszczeń.

Szczegółowe informacje o ZUS i o polskim systemie ubezpieczeń społecznych są dostępne na naszej stronie internetowej – www.zus.pl.

1. Organizacja polskiego systemu zabezpieczenia społecznego

1.1. Schemat organizacyjny



Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej			Ministerstwo Zdrowia
Bezrobocie	Świadczenia na rzecz rodziny	Pomoc społeczna	Ochrona zdrowia
	Zakład Ubezpieczeń Społecznych		
wojewódzkie urzędy pracy 16	wydziały polityki społecznej urzędów wojewódzkich 16	wydziały polityki społecznej urzędów wojewódzkich 16	Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)
powiatowe (miejskie) urzędy pracy 340	urzędy marszałkowskie lub regionalne ośrodki polityki społecznej 16	regionalne ośrodki polityki społecznej 16	oddziały wojewódzkie NFZ 16
	organy właściwe (urzędy gmin, urzędy miast, ośrodki pomocy społecznej, inne jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego) 2497	powiatowe centra pomocy rodzinie 380	delegatury oddziałów wojewódzkich 35
		ośrodki pomocy społecznej 2495	

1.2. Działy administracji rządowej

Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2512) określa zadania i kompetencje właściwych ministrów, m.in. w różnych sferach związanych z zabezpieczeniem społecznym.

Zgodnie z ustawą dział **zabezpieczenie społeczne** podlega ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego i obejmuje sprawy:

- ubezpieczeń społecznych i zaopatrzenia społecznego,
- funduszy emerytalnych,
- pomocy społecznej i świadczeń dla osób i gospodarstw domowych w trudnej sytuacji materialnej i społecznej,
- przeciwdziałania patologiom,
- rządowych programów w zakresie pomocy społecznej, w szczególności dla osób i gospodarstw domowych w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, a także dla grup zagrożonych wykluczeniem społecznym,
- świadczeń socjalnych, zatrudnienia, rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością,
- ekonomii społecznej, przedsiębiorczości społecznej, w tym spółdzielczości socjalnej,
- kombatantów i osób represjonowanych,
- koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, z wyjątkiem rzeczowych świadczeń leczniczych.

W opracowaniu *Zabezpieczenie społeczne w Polsce* najwięcej miejsca poświęcamy **ubezpieczeniom społecznym i świadczeniom wypłacanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych**.

Ponadto w rozdziale o pomocy społecznej opisujemy **świadczenia pieniężne i inne formy pomocy społecznej**.

Z kolei dział **rozwój wsi** podlega ministrowi właściwemu do spraw rozwoju wsi. W zakres tego działu wchodzi m.in. ubezpieczenia społeczne rolników. W tym obszarze minister właściwy do spraw rozwoju wsi współpracuje z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego. W naszym opracowaniu opisujemy funkcjonowanie **systemu ubezpieczeń społecznych rolników**.

Natomiast dział **zdrowie** obejmuje m.in. sprawy opieki medycznej i zdrowia publicznego, w tym organizacji opieki zdrowotnej, nadzoru nad produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi, lecznictwa uzdrowiskowego oraz koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych. Dział ten podlega ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Opisujemy niektóre z tych kwestii w rozdziale o **powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym**.

Dział **rodzina** obejmuje m.in. sprawy ochrony i wspierania rodzin w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, szczególnie rodzin z dziećmi. Podlega on ministrowi właściwemu do spraw rodziny. W rozdziale o **wspieraniu materialnym dla rodzin** opisujemy m.in. świadczenia rodzinne.

Problemy zatrudnienia i przeciwdziałania bezrobociu mieszczą się w dziale **praca**, kierowanym przez ministra właściwego do spraw pracy. W naszym opracowaniu opisujemy **świadczenia z tytułu bezrobocia**.

Minister właściwy do spraw wewnętrznych nadzoruje **system zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszy** Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Urzędu Ochrony Państwa, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celnej i Służby Celno-Skarbowej.

Organem emerytalnym właściwym dla zwolnionych ze służby funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego jest Dyrektor Wojskowego Biura Emerytalnego w Warszawie podległy Ministrowi Obrony Narodowej, natomiast w przypadku zwolnionych ze służby funkcjonariuszy Służby Więziennej – Dyrektor Biura Emerytalnego Służby Więziennej podległy Ministrowi Sprawiedliwości.

System zaopatrzenia emerytalnego żołnierzy zawodowych podlega ministrowi właściwemu do spraw obrony narodowej.

System zaopatrzenia społecznego sędziów podlega ministrowi właściwemu do spraw sprawiedliwości, a **system zaopatrzenia społecznego prokuratorów** – prokuratorowi generalnemu.

2. Ramy prawne polskiego systemu zabezpieczenia społecznego

2.1. Ustawodawstwo krajowe

Na system zabezpieczenia społecznego w Polsce składają się: system ubezpieczenia i zaopatrzenia społecznego, system ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia z tytułu bezrobocia oraz świadczenia rodzinne.

Zadania z zakresu zabezpieczenia społecznego realizują liczne podmioty, do których należą m.in.:

- **Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)** – wypłaca świadczenia pieniężne oraz realizuje świadczenia rzeczowe w ramach prewencji rentowej z ubezpieczenia społecznego,
- **Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)** – wypłaca świadczenia pieniężne oraz realizuje świadczenia rzeczowe w ramach prewencji rentowej z ubezpieczenia społecznego rolników,
- **Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (MRiPS)** – realizuje świadczenia na rzecz rodziny i socjalne (z pomocy społecznej),
- **Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)** – finansuje świadczenia rzeczowe z ubezpieczenia zdrowotnego,
- **Dyrektor Wojskowego Biura Emerytalnego w Warszawie** – organ właściwy w odniesieniu do funkcjonariuszy zwolnionych ze Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego,
- **Dyrektor Biura Emerytalnego Służby Więziennej** – organ właściwy w odniesieniu do funkcjonariuszy zwolnionych ze Służby Więziennej,
- **Dyrektor Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** – organ właściwy w odniesieniu do funkcjonariuszy zwolnionych z pozostałych służb mundurowych.

Obowiązek ubezpieczenia na wypadek określonych ryzyk socjalnych oraz gwarancje świadczeń w przypadku zaistnienia danego ryzyka zapisane są w wielu dokumentach prawnych. Taki zapis pojawia się już w akcie prawnym najwyższego rzędu, czyli Konstytucji RP.

Szczegółowe regulacje dotyczące poszczególnych obszarów zabezpieczenia społecznego określają odrębne ustawy, z których najważniejsze to:

- § ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1230, z późn. zm.) – tzw. ustawa systemowa,
- § ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1251) – tzw. ustawa emerytalna,
- § ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1792) – tzw. ustawa o IKE i IKZE,
- § ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 710) – tzw. ustawa o PPE,

- § ustawa z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz.U. z 2023 r. poz. 46) – tzw. ustawa o PPK,
- § ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 926),
- § ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 930),
- § ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2023 r. poz. 164),
- § ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 1732, 2140, 2467, z 2023 r. poz. 641) – tzw. ustawa zasiłkowa,
- § ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2189, z późn. zm.) – tzw. ustawa wypadkowa,
- § ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 240, 2476, z 2023 r. poz. 658),
- § ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 779),
- § ustawa z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1051),
- § ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. z 2023 r. poz. 156, 635),
- § ustawa z dnia 23 stycznia 2008 r. o przenoszeniu praw emerytalnych urzędników Wspólnot Europejskich (Dz.U. z 2008 r. nr 47, poz. 274 oraz z 2011 r. nr 75, poz. 398 i nr 171, poz. 1016).

Świadczenia lecznicze realizowane są na podstawie:

- § ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) – tzw. ustawa zdrowotna.

Świadczenia na wypadek bezrobocia realizowane są na podstawie:

- § ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 753).

Świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników realizowane są na podstawie:

- § ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2023 r. poz. 208, 337, 461) – tzw. ustawa rolnicza.

Świadczenia z pomocy społecznej realizowane są na podstawie:

- § ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 901).

Świadczenia na rzecz rodziny:

■ **świadczenie wychowawcze** realizowane jest na podstawie:

- § ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz.U. z 2023 r. poz. 810),

■ **rodzinny kapitał opiekuńczy** realizowany jest na podstawie:

- § ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym (Dz.U. z 2023 r. poz. 810),

■ **dofinansowanie opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna** realizowane jest na podstawie:

§ ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. z 2023 r. poz. 204).

Świadczenie z programu **Dobry Start** realizowane jest na podstawie:

§ rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu „Dobry start” (Dz.U. z 2021 r. poz. 1092).

Świadczenia **rodzinne** realizowane są na podstawie:

§ ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 390, 658).

Zasiłek dla opiekuna realizowany jest na podstawie:

§ ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1297).

Świadczenia z **funduszu alimentacyjnego** realizowane są na podstawie:

§ ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz.U. z 2023 r. poz. 1300).

Rehabilitacja zawodowa i społeczna oraz zatrudnianie osób z niepełnosprawnością realizowane są na podstawie:

§ ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 100, 173, 240, 852).

Świadczenia z **wojskowego systemu zaopatrzenia emerytalnego** realizowane są na podstawie:

§ ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2022 r. poz. 2528, z 2023 r. poz. 347, 658).

Świadczenia z **systemu zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszy** realizowane są na podstawie:

§ ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz.U. z 2022 r. poz. 1626, z 2023 r. poz. 347, 658, 641) – tzw. ustawy zaopatrzeniowej.

Świadczenia z **systemu zaopatrzenia społecznego sędziów**, w szczególności zasady, na jakich sędziowie przechodzą (są przenoszeni) w stan spoczynku, opisują:

§ ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2017, 614, 1030),

§ rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 czerwca 2018 r. w sprawie uposażeń sędziów w stanie spoczynku i uposażeń rodzinnych członków rodzin sędziów i sędziów w stanie spoczynku oraz terminów przekazania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U. z 2018 r. poz. 1258).

Świadczenia z systemu zaopatrzenia społecznego prokuratorów, w szczególności zasady, na jakich prokuratorzy przechodzą (są przenoszeni) w stan spoczynku, opisują:

§ ustawa z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze (Dz.U. z 2023 r. poz. 1360),

§ ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 217, z późn. zm.).

Świadczenia ratownicze opisują:

§ ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o ochotniczych strażach pożarnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 2490, z późn. zm.),

§ ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz.U. z 2022 r. poz. 1425, z późn. zm.).

2.2. Akty prawa międzynarodowego wiążące Polskę

Artykuł 87 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej wymienia jako źródło powszechnie obowiązującego prawa m.in. ratyfikowane umowy międzynarodowe. Umowy takie stanowią więc część krajowego porządku prawnego i w przypadku ewentualnej kolizji z ustawami krajowymi mają pierwszeństwo stosowania, jeżeli zostały ratyfikowane za zgodą wyrażoną w ustawie (art. 91 ust. 1 i 2 Konstytucji RP).

2.2.1. Akty prawa międzynarodowego wiążące państwa Unii Europejskiej

Od 1 maja 2004 r., z chwilą przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, normą prawa krajowego stały się unijne akty prawne, przede wszystkim traktaty, rozporządzenia i dyrektywy. Zgodnie z art. 91 ust. 3 Konstytucji RP mają one pierwszeństwo stosowania w sytuacji, gdyby okazało się, że polskie przepisy regulują daną kwestię odmiennie niż przepisy unijne.

Przepisy zawarte w traktatach i rozporządzeniach unijnych stają się automatycznie częścią porządku prawnego państw członkowskich, także Polski. Rozporządzenia obowiązują wprost, bez konieczności ich ratyfikacji. Dyrektywy natomiast powinny być wprowadzane do krajowego porządku prawnego w okresie od roku do 3 lat.

Obywatele krajów członkowskich **Unii Europejskiej (UE)** lub **Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA)** mogą swobodnie przemieszczać się w ramach tych wspólnot i podejmować zatrudnienie w ich państwach członkowskich. Jeśli osoba miesz-

kała i pracowała w kilku państwach UE lub EFTA, podlegała kilku różnym krajowym systemom zabezpieczenia społecznego.

Kwestię podlegania kilku różnym systemom zabezpieczenia w krajach członkowskich UE lub EFTA reguluje **koordynacja zabezpieczenia społecznego**, która opiera się na podstawowych zasadach:

- równego traktowania,
- swobodnego przepływu osób,
- jedności stosowanego ustawodawstwa,
- zachowania praw nabytych,
- sumowania okresów ubezpieczenia.

Zasada równego traktowania gwarantuje obywatelom krajów członkowskich UE lub EFTA pracującym w innych krajach członkowskich tych wspólnot takie same prawa do świadczeń, jakie przysługują obywatelom danego kraju; nakłada na nich także te same obowiązki, jakim podlegają obywatele kraju, w którym pracownicy ci świadczą pracę. Zasada ta wyklucza jakąkolwiek dyskryminację w przyznawaniu prawa do świadczeń ze względu na obywatelstwo.

Zasada swobodnego przepływu osób umożliwia obywatelom krajów członkowskich UE lub EFTA swobodne przemieszczanie się w granicach tych wspólnot w celu podejmowania pracy lub prowadzenia działalności gospodarczej. Osoba taka podlega ubezpieczeniu społecznemu w kraju zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej; przysługują jej również takie same prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, z jakich korzystają obywatele danego kraju.

Zasada jedności stosowanego ustawodawstwa oznacza, że osoba, która podejmuje zatrudnienie lub prowadzi działalność gospodarczą w innym kraju członkowskim UE lub EFTA, podlega ubezpieczeniom społecznym tylko jednego państwa – tego, w którym świadczy pracę.

Zasada zachowania praw nabytych gwarantuje zachowanie praw do świadczeń z ubezpieczenia społecznego w sytuacji zmiany miejsca zamieszkania na inny kraj członkowski UE lub EFTA.

Zasada sumowania okresów ubezpieczenia umożliwia uwzględnianie okresów ubezpieczenia uzyskanych w innym kraju członkowskim UE lub EFTA przy ustalaniu prawa do świadczeń z zabezpieczenia społecznego. Zasada ta ma zastosowanie w sytuacjach, gdy osoba ubezpieczona nie dysponuje wystarczająco długim okresem ubezpieczenia lub zamieszkiwania w jednym kraju.

Kwestie podlegania zabezpieczeniu społecznemu w poszczególnych państwach i praw do świadczeń z różnych systemów szczegółowo regulują akty prawne Unii Europejskiej.

Akty prawne Unii Europejskiej normują koordynację następujących świadczeń z zabezpieczenia społecznego:

- emerytalnych i przedemerytalnych,
- rentowych,

- chorobowych i macierzyńskich,
- rodzinnych,
- zdrowotnych,
- z tytułu bezrobocia,
- na wypadek śmierci.

Podstawowymi aktami prawnymi UE w sferze zabezpieczenia społecznego są traktaty Unii Europejskiej oraz następujące dokumenty wydane na ich podstawie:

- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo,
- dyrektywa Rady (EWG) nr 7/79 z dnia 19 grudnia 1978 r. w sprawie stopniowego wprowadzania w życie zasady równego traktowania kobiet i mężczyzn w dziedzinie zabezpieczenia społecznego,
- dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 24/2011 z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Ponadto nadal pozostają w mocy następujące przepisy:

- rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie,
- rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie.

Pozwalają one:

- realizować rozporządzenie Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzające przepisy rozporządzenia nr 1408/71 i rozporządzenia nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo – postanowienia tego rozporządzenia mają zastosowanie wyłącznie do obywateli państw trzecich, którzy mieszkają legalnie w Wielkiej Brytanii lub byli objęci ubezpieczeniem społecznym w Wielkiej Brytanii i mieszkają w innym państwie członkowskim,
- ustalać właściwe ustawodawstwo za okres przypadający przed dniem wejścia w życie rozporządzeń (WE) nr 883/2004 i nr 987/2009, czyli przed 1 maja 2010 r.

Ponadto w związku z wystąpieniem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej w stosunkach między państwami członkowskimi Unii Euro-

pejskiej (w tym Polską) a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej mają zastosowanie:

- umowa o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (umowa weszła w życie 1 lutego 2020 r.),
- umowa o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (umowa jest stosowana od 1 stycznia 2021 r.).

Z chwilą przystąpienia Polski do Unii Europejskiej rozporządzenia unijne z zakresu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego zastąpiły dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym, które dotychczas łączyły Polskę z państwami członkowskimi. Nadal jednak obowiązują pewne szczególne, korzystne dla polskich obywateli, regulacje umów między Polską a Austrią oraz między Polską a Niemcami:

- art. 33 ust. 3 umowy między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Austrii o zabezpieczeniu społecznym, sporządzonej w Warszawie dnia 7 września 1998 r. (zaliczanie okresów ubezpieczenia zakończonych przed 27 listopada 1961 r.); stosowanie tego postanowienia ogranicza się do osób objętych tą umową,
- umowa między Polską Rzeczpospolitą Ludową a Republiką Federalną Niemiec o zaopatrzeniu emerytalnym i wypadkowym, podpisana w Warszawie dnia 9 października 1975 r., zgodnie z warunkami i zakresem określonymi w art. 27 ust. 2–4 umowy między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec o zabezpieczeniu społecznym, sporządzonej w Warszawie dnia 8 grudnia 1990 r. (zachowanie na podstawie umowy z 1975 r. statusu prawnego osób, które mieszkały w Niemczech lub w Polsce przed 1 stycznia 1991 r. i nadal tam mieszkają),
- art. 27 ust. 5 i art. 28 ust. 2 umowy między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec o zabezpieczeniu społecznym, sporządzonej w Warszawie dnia 8 grudnia 1990 r. (zachowanie uprawnień do emerytur lub rent wypłacanych na podstawie umowy z 1957 r., którą strona polska zawarła z byłą Niemiecką Republiką Demokratyczną; zaliczanie zakończonych okresów ubezpieczenia polskich pracowników na podstawie umowy z 1988 r., którą strona polska zawarła z byłą Niemiecką Republiką Demokratyczną),
- umowa między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec o eksporcie szczególnych świadczeń dla osób uprawnionych, które zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, podpisana w Warszawie dnia 5 grudnia 2014 r.; dotyczy osób prześladowanych przez reżim narodowosocjalistyczny oraz członków rodzin tych osób, które ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nie otrzymały świadczeń z tytułów okresów zatrudnienia w getcie na podstawie niemieckich przepisów emerytalno-rentowych (umowa weszła w życie 1 czerwca 2015 r.).

2.2.2. Akty prawa międzynarodowego wiążące państwa spoza Unii Europejskiej

Polskę z państwami spoza Unii Europejskiej łączą następujące dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym:

- umowa o ubezpieczeniu społecznym między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej a Rządem Federacyjnej Ludowej Republiki Jugostawii z dnia 16 stycznia 1958 r. (umowa obowiązuje w odniesieniu do Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry i Serbii),
- umowa między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Macedonii o zabezpieczeniu społecznym, podpisana w Warszawie dnia 6 kwietnia 2006 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane dnia 27 czerwca 2007 r. (umowa obowiązuje od 1 lipca 2007 r.),
- umowa o zabezpieczeniu społecznym między Rzeczpospolitą Polską a Stanami Zjednoczonymi Ameryki, podpisana w Warszawie dnia 2 kwietnia 2008 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w tym samym dniu (umowa obowiązuje od 1 marca 2009 r.),
- umowa o zabezpieczeniu społecznym między Rzeczpospolitą Polską a Kanadą, podpisana w Warszawie dnia 2 kwietnia 2008 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w tym samym dniu (umowa obowiązuje od 1 października 2009 r.),
- umowa o zabezpieczeniu społecznym między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Korei [Koreą Południową], podpisana w Warszawie dnia 25 lutego 2009 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w tym samym dniu (umowa obowiązuje od 1 marca 2010 r.),
- umowa między Rzeczpospolitą Polską a Australią o zabezpieczeniu społecznym, podpisana w Warszawie dnia 7 października 2009 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w tym samym dniu (umowa obowiązuje od 1 października 2010 r.),
- umowa między Rzeczpospolitą Polską a Ukrainą o zabezpieczeniu społecznym, sporządzona w Kijowie dnia 18 maja 2012 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w tym samym dniu (umowa obowiązuje od 1 stycznia 2014 r.),
- umowa między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Mołdawii o ubezpieczeniu społecznym, podpisana w Warszawie dnia 9 września 2013 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w tym samym dniu (umowa obowiązuje od 1 grudnia 2014 r.),
- porozumienie o zabezpieczeniu społecznym między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Quebecu [prowincji Kanady], podpisane w Quebecu dnia 3 czerwca 2015 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tego porozumienia, podpisane w tym samym dniu (porozumienie obowiązuje od 1 września 2018 r.),
- umowa między Rzeczpospolitą Polską a Mongolią o zabezpieczeniu społecznym, podpisana w Warszawie dnia 24 stycznia 2018 r., oraz porozumienie administracyjne

w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w tym samym dniu (umowa weszła w życie 1 lipca 2019 r.),

- umowa między Rzeczpospolitą Polską a Państwem Izrael o zabezpieczeniu społecznym, podpisana w Jerozolimie dnia 22 listopada 2016 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w tym samym dniu (umowa weszła w życie 1 maja 2021 r.),
- umowa między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Turcji o zabezpieczeniu społecznym, podpisana w Warszawie dnia 17 października 2017 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w tym samym dniu (umowa weszła w życie 1 czerwca 2021 r.),
- umowa między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Białorusi o zabezpieczeniu społecznym, podpisana w Warszawie w dniu 13 lutego 2019 r., oraz porozumienie administracyjne w sprawie stosowania tej umowy, podpisane w dniu 2 czerwca 2020 r. (umowa weszła w życie 1 kwietnia 2022 r.).

Polska jest ponadto związana zaleceniami Międzynarodowej Organizacji Pracy, zapisami Europejskiej Karty Społecznej i międzynarodowymi konwencjami. Jedną z najważniejszych jest Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych, która została ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r., a weszła w życie 25 października 2012 r.

3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych – informacje ogólne

Zakład Ubezpieczeń Społecznych powstał w 1934 r. na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24 października 1934 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym. Połączono wtedy 5 instytucji ubezpieczeniowych (Izbę Ubezpieczeń Społecznych, Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Zakład Ubezpieczenia od Wypadków, Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest państwową jednostką organizacyjną, która posiada osobowość prawną. Jego zadania są określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. ZUS realizuje także wiele innych zadań powierzonych mu na mocy innych ustaw.

Reformy systemu ubezpieczenia społecznego oraz systemu ochrony zdrowia, które weszły w życie 1 stycznia 1999 r., jak również ich strukturalny charakter wzmocniły pozycję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako głównego ogniwa administracji polskiego systemu zabezpieczenia społecznego.

3.1. Zadania ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

- ustala uprawnienia do:
 - emerytur,
 - rent z tytułu niezdolności do pracy,
 - rent rodzinnych,
 - świadczenia wychowawczego,
 - świadczenia dobry start,
 - rodzinnego kapitału opiekuńczego,
 - dofinansowania kosztów pobytu dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna,
 - zasiłków chorobowych,
 - zasiłków macierzyńskich,
 - zasiłków opiekuńczych,
 - zasiłków wyrównawczych,
 - świadczeń rehabilitacyjnych,
 - zasiłków pogrzebowych,
- wypłaca świadczenia, do których ustalił uprawnienia,
- wydaje orzeczenia wymagane do ustalenia uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, innych świadczeń wypłacanych przez ZUS oraz do celów pozaubezpieczeniowych,

- kontroluje prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy,
- upoważnia lekarzy do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy oraz cofa te upoważnienia, jeśli stwierdzi nieprawidłowości,
- realizuje zadania z zakresu prewencji rentowej, w tym rehabilitacji leczniczej, oraz prewencji wypadkowej,
- ustala obowiązek ubezpieczeń społecznych, wymierza i pobiera składki na te ubezpieczenia,
- zapisuje część składki emerytalnej na koncie ubezpieczonego, a pozostałą część na subkoncie, chyba że ubezpieczony złożył oświadczenie o przekazywaniu części składki do otwartego funduszu emerytalnego (OFE) – w takim wypadku ZUS dzieli część przeznaczoną na subkonto i przesyła ustaloną ustawowo kwotę do właściwego funduszu,
- dzieli i wypłaca osobom uprawnionym środki zapisane na subkontach osób ubezpieczonych,
- pobiera i rozlicza składkę na ubezpieczenie zdrowotne i przekazuje ją do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ),
- pobiera składkę na Fundusz Pracy (FP) i Fundusz Solidarnościowy (FS) i przekazuje do Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej,
- pobiera składkę na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (FGŚP),
- pobiera i rozlicza składkę na Fundusz Emerytur Pomostowych (FEP),
- prowadzi rozliczenia na kontach płatników składek i zapisuje składki na indywidualnych kontach ubezpieczonych,
- kontroluje opłacanie obowiązkowych składek przez płatników oraz właściwe wywiązywanie się przez nich z zadań wynikających z ustawy (np. wypłata różnego rodzaju zasiłków), oraz dochodzi należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne,
- prowadzi indywidualne konta ubezpieczonych wraz z subkontami oraz Centralny Rejestr Ubezpieczonych,
- prowadzi Centralny Rejestr Członków Otwartych Funduszy Emerytalnych,
- prowadzi system ewidencji płatników składek oraz Centralny Rejestr Płatników Składek,
- dysponuje środkami finansowymi Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz środkami Funduszu Alimentacyjnego,
- zarządza Funduszem Rezerwy Demograficznej,
- w imieniu emerytów i rencistów przekazuje do urzędów skarbowych podatek dochodowy od osób fizycznych, a do Narodowego Funduszu Zdrowia – składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- przyznaje i wypłaca renty socjalne,
- przyznaje i wypłaca świadczenia przedemerytalne,
- popularyzuje wiedzę o ubezpieczeniach społecznych w Polsce, realizuje własne inicjatywy edukacyjne skierowane do młodzieży szkolnej oraz projekty partnerskie dla studentów,
- współpracuje z organami administracji rządowej, zagranicznymi instytucjami ubezpieczeniowymi oraz organizacjami międzynarodowymi,

- pełni funkcję instytucji właściwej i instytucji łącznikowej przy realizacji międzynarodowych umów i porozumień w dziedzinie ubezpieczeń społecznych oraz zajmuje się obsługą świadczeń, które są realizowane na podstawie tych umów i porozumień,
- pełni funkcję instytucji właściwej i instytucji łącznikowej w zakresie unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w obszarze, za który odpowiada (ubezpieczenie powszechne).

Zakres zadań, które realizuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych, czyni z niego jedną z największych instytucji publicznych w Polsce. Z jednej strony ZUS spełnia funkcje instytucji finansowej, np. pobiera składki, wypłaca świadczenia, przekazuje podatki w imieniu emerytów i rencistów. Z drugiej strony stara się być instytucją, która swoim klientom – ubezpieczonym, świadczeniobiorcom i płatnikom składek – daje poczucie bezpieczeństwa oraz zapewnia sprawną, przyjazną i rzetelną obsługę przy wykorzystaniu nowoczesnych usług elektronicznych, takich jak:

- system dla klientów PUE ZUS,
- aplikacja mobilna mZUS,
- e-wizyty w ZUS.

3.2. Struktura ZUS

Organizację, zasady działania i finansowanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych reguluje ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Działalnością Zakładu Ubezpieczeń Społecznych kieruje prezes. Powołuje na to stanowisko i odwołuje z niego prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. Zanim minister zgłosi wniosek o powołanie, musi zasięgnąć opinii Rady Nadzorczej ZUS.

Prezes ZUS stoi na czele Zarządu składającego się z 2–4 członków. Powołuje ich i odwołuje Rada Nadzorcza ZUS na wniosek prezesa ZUS.

Rada Nadzorcza jest organem opiniodawczo-decyzyjnym. Na 5-letnią kadencję powołuje ją prezes Rady Ministrów. Członkami Rady Nadzorczej zostają osoby delegowane przez partnerów dialogu społecznego. Są to przedstawiciele rządu, organizacji związkowych i organizacji pracodawców oraz przedstawiciel organizacji emerytów i rencistów. Zasady funkcjonowania Rady Nadzorczej ZUS wynikają głównie z ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz z wydanego na jej podstawie rozporządzenia prezesa Rady Ministrów z 28 grudnia 1998 r. ustanawiającego m.in. regulamin Rady.

Liczba członków Rady zależy od tego, ile reprezentatywnych (ogólnokrajowych) organizacji pracodawców i pracowników funkcjonuje w danym czasie. W trakcie obecnej kadencji (październik 2022 r. – październik 2027 r.) Rada liczy 10 członków.

Bieżącą obsługą ubezpieczonych zajmują się pracownicy oddziałów i podlegających im jednostek.

Strukturę organizacyjną ZUS tworzą:

- centrala,
- 43 oddziały,
- 205 inspektoratów,
- 68 biur terenowych.

3.3. Rodzaje ubezpieczeń społecznych

Rodzaje ubezpieczeń społecznych i zasady podlegania tym ubezpieczeniom reguluje ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Na polski system ubezpieczeń społecznych składają się:

- ubezpieczenie emerytalne,
- ubezpieczenia rentowe,
- ubezpieczenie chorobowe,
- ubezpieczenie wypadkowe.

Ubezpieczony to osoba fizyczna, która podlega chociaż jednemu z ubezpieczeń społecznych.

Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych rozróżnia ubezpieczenia obowiązkowe oraz ubezpieczenia dobrowolne.

3.4. Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym

Obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi są objęci m.in.:

- pracownicy, z wyłączeniem prokuratorów,
- członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych,
- zleceniobiorcy,
- osoby, które prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą, i osoby, które z nimi współpracują,
- żołnierze niezawodowi, którzy pełnią czynną służbę wojskową,
- osoby, które rezygnują z zatrudnienia, by sprawować bezpośrednią opiekę nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny,

- osoby, które pobierają świadczenie pielęgnacyjne albo zasiłek dla opiekuna,
- duchowni,
- posłowie i senatorowie, którzy pobierają uposażenie,
- osoby, które pobierają zasiłek dla bezrobotnych,
- osoby, które są na urlopie wychowawczym lub pobierają zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego,
- członkowie rad nadzorczych.

Osoby, które nie mogą zostać objęte ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi, ponieważ nie spełniają niezbędnych wymogów, mają prawo przystąpić do tych ubezpieczeń dobrowolnie.

W 2022 r. ubezpieczonych było 16 273 tys. osób.

Obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby objęte obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, które są:

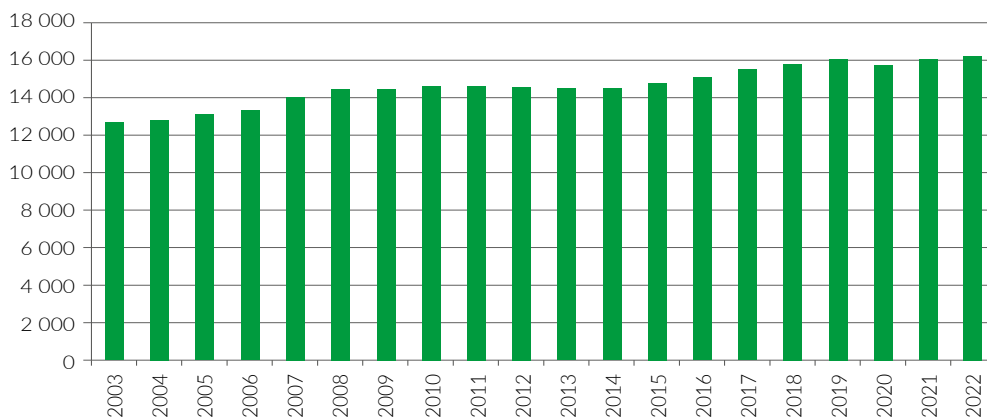
- pracownikami, z wyłączeniem prokuratorów,
- członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych.

Dobrowolnie (na swój wniosek) do ubezpieczenia chorobowego mogą przystąpić osoby objęte obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, m.in. prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą lub współpracujące z takimi osobami, duchowni oraz osoby wykonujące pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy agencyjnej.

Obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają osoby objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, np.:

- pracownicy,
- zleceniobiorcy,
- członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych,
- osoby prowadzące pozarolniczą działalność,
- osoby współpracujące z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność gospodarczą,
- duchowni.

Liczba osób ubezpieczonych w latach 2003–2022 (w tys.)



Liczba osób ubezpieczonych w latach 2003–2022

Rok	Liczba osób ubezpieczonych (w tys.)
2003	12 739,3
2004	12 857,4
2005	13 130,9
2006	13 354,1
2007	14 074,5
2008	14 512,7
2009	14 535,0
2010	14 656,5
2011	14 666,1
2012	14 603,9
2013	14 519,8
2014	14 525,0
2015	14 821,0
2016	15 109,6
2017	15 543,8
2018	15 847,6
2019	16 111,5
2020	15 781,3
2021	16 077,8
2022	16 273,0

3.5. Świadczenia, za które odpowiada ZUS

Zgodnie z ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustala uprawnienia do świadczeń ubezpieczeniowych oraz wypłaca te świadczenia. Na mocy odrębnych przepisów ZUS wypłaca także inne świadczenia.

Rodzaje świadczeń, jakie mogą przysługiwać w zależności od aktualnej sytuacji życiowej, są następujące:

1. Z tytułu choroby i macierzyństwa:

- zasiłek chorobowy,
- zasiłek macierzyński,
- zasiłek opiekuńczy,
- zasiłek wyrównawczy,
- świadczenie rehabilitacyjne.

2. Z tytułu długotrwałej niezdolności do pracy:

- renta z tytułu niezdolności do pracy,
- renta szkoleniowa.

3. Z tytułu starości:

- emerytura,
- emerytura pomostowa,
- dodatek pielęgnacyjny do emerytury i renty,
- nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

4. Z tytułu śmierci żywiciela:

- renta rodzinna,
- dodatek do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej.

5. Z tytułu wypadku przy pracy i choroby zawodowej:

- jednorazowe odszkodowanie,
- zasiłek chorobowy,
- świadczenie rehabilitacyjne,
- zasiłek wyrównawczy,
- renta z tytułu niezdolności do pracy,
- renta szkoleniowa,
- renta rodzinna,
- dodatek do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej,
- dodatek pielęgnacyjny,
- dodatek dla weterana poszkodowanego,
- pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne.

6. Inne:

- rodzicielskie świadczenie uzupełniające (Mama 4+),
- renta socjalna,
- świadczenie przedemerytalne,
- dodatkowe roczne świadczenia pieniężne dla emerytów i rencistów (tzw. 13 i 14 emerytura),
- świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (500+ dla osób z niezdolnością do samodzielnej egzystencji),
- rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS,
- dofinansowanie w ramach prewencji wypadkowej ZUS takich działań płatników składek, które mają pomóc utrzymać zdolność do pracy przez cały okres aktywności zawodowej,
- świadczenie wyrównawcze dla działaczy opozycji komunistycznej,
- zasiłek pogrzebowy.

7. Świadczenia na rzecz rodziny:

- świadczenie wychowawcze,
- świadczenie dobry start,
- rodzinny kapitał opiekuńczy,
- dofinansowanie opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna.

4. Finanse ubezpieczeń społecznych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgodnie z ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych jest dysponentem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Funduszu Emerytur Pomostowych oraz Funduszu Rezerwy Demograficznej.

Świadczenia rodzinne i zdrowotne, a także świadczenia na wypadek bezrobocia oraz świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników i zaopatrzenia emerytalnego żołnierzy zawodowych, funkcjonariuszy służb, sędziów i prokuratorów są finansowane z innych źródeł, a ich wypłatą zajmują się inne instytucje.

4.1. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych

Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS) jest państwowym funduszem celowym. Został utworzony 1 stycznia 1999 r. na mocy ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Dysponentem Funduszu jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Na przychody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) składają się m.in.:

- składki na ubezpieczenia społeczne, których ZUS nie przekazuje do otwartych funduszy emerytalnych,
- środki, które rekompensują funduszowi kwoty składek przekazanych na rzecz otwartych funduszy emerytalnych,
- wpłaty z budżetu państwa oraz z innych instytucji przekazane na świadczenia, których wypłatę zlecono Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, z wyjątkiem świadczeń finansowanych z odrębnych rozdziałów budżetowych oraz wpłat z instytucji zagranicznych,
- środki z oprocentowania rachunku bankowego FUS,
- dotacje z budżetu państwa,
- środki z Funduszu Rezerwy Demograficznej,
- wpłaty z otwartych funduszy emerytalnych w związku z osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku niższego o 10 lat od powszechnego wieku emerytalnego.

W granicach określonych w ustawie budżetowej FUS może otrzymywać z budżetu państwa dotacje i nieoprocentowane pożyczki. Ma prawo przeznaczyć je wyłącznie na uzupełnienie środków na wypłaty świadczeń gwarantowanych przez państwo. Dostaje je tylko wtedy, gdy przychody na rachunku bankowym FUS oraz środki z funduszu rezerwowego nie zapewniają pełnej i terminowej wypłaty świadczeń finansowanych z FUS.

Za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych FUS może także zaciągać kredyty.

W ramach FUS wyodrębnia się następujące fundusze:

- **emerytalny**, z którego finansowane są:
 - emerytury – na podstawie składek zapisanych na koncie ubezpieczonego w ZUS,
 - emerytury kapitałowe – na podstawie składek zapisanych na subkoncie w ZUS,
- **rentowy**, z którego finansowane są:
 - renty z tytułu niezdolności do pracy,
 - renty szkoleniowe,
 - renty rodzinne,
 - dodatki do rent rodzinnych dla sierot zupełnych,
 - dodatki pielęgnacyjne,
 - emerytury, które ZUS przyznał z urzędu zamiast rent z tytułu niezdolności do pracy,
 - zasiłki pogrzebowe,
 - prewencja rentowa,
 - świadczenia finansowane z budżetu państwa, których wypłatę zlecono Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych,
- **chorobowy**, z którego finansowane są:
 - zasiłki chorobowe,
 - zasiłki macierzyńskie,
 - zasiłki opiekuńcze,
 - zasiłki wyrównawcze,
 - świadczenia rehabilitacyjne,
- **wypadkowy**, z którego finansowane są:
 - renty wypadkowe,
 - dodatki do rent,
 - jednorazowe odszkodowania,
 - zasiłki chorobowe z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową,
 - refundacje świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych,
 - zwrot kosztów badań i wyrobów medycznych,
 - dofinansowanie takich działań płatników składek, które mają pomóc utrzymać zdolność do pracy przez cały okres aktywności zawodowej,
 - zasiłek wyrównawczy,
 - świadczenie rehabilitacyjne,
 - renta szkoleniowa,
 - renta rodzinna,
 - koszty prewencji wypadkowej.

4.1.1. Składki

Wymiar składek na ubezpieczenia społeczne w 2023 r.

Rodzaj ubezpieczenia	Składki ogółem (%)	Płatnik (%)	Ubezpieczony (%)
emerytalne	19,52	9,76	9,76
rentowe	8,00	6,50	1,50
chorobowe	2,45	–	2,45
wypadkowe	0,67–3,33 ^a 1,67 ^b	0,67–3,33 1,67	–

^a Zróżnicowana składka dla grup działalności obowiązuje w okresie roku składkowego trwającego od 1 kwietnia do 31 marca roku następnego. W przypadku płatników, którym wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ustala ZUS, stopa określona dla ich grup działalności jest dodatkowo przemnażana przez wskaźnik korygujący w wysokości od 0,5 do 1,5.

^b Składka dla płatników, którzy zgłaszają do ubezpieczenia wypadkowego przeciętnie nie więcej niż 9 ubezpieczonych miesięcznie, oraz dla płatników, którzy nie są wpisywani do Krajowego Rejestru Urzędowego Podmiotów Gospodarki Narodowej (REGON) – składka obowiązuje od 1 kwietnia 2018 r.

Stopy procentowe składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe są jednakowe dla wszystkich ubezpieczonych. Jednak zasady finansowania składek różnią się w zależności od tytułu do ubezpieczeń. Te opisane poniżej obowiązują m.in. w odniesieniu do pracowników lub zleceniobiorców.

Składki na **ubezpieczenie emerytalne** (19,52% podstawy wymiaru) ubezpieczony i płatnik składek finansują w równych częściach – każdy po 9,76% podstawy wymiaru. Składkę ubezpieczonego, który jest członkiem OFE i złożył oświadczenie o przekazywaniu tam składek, ZUS dzieli na 3 części, z których 2 trafiają do FUS: jedna jest zapisywana na koncie ubezpieczonego, a druga – na subkoncie. Najmniejsza część trafia do OFE. Inaczej jest w przypadku, gdy ubezpieczony nie złożył takiego oświadczenia. Wtedy ZUS dzieli składkę na 2 części i mniejsza jest zapisywana w całości na subkoncie w ZUS.

Podział składki emerytalnej (19,52%) pomiędzy FUS a OFE

Przekazanie składek do OFE	FUS (%)	FUS – subkonto (%)	OFE (%)
Tak	12,22	4,38	2,92
Nie	12,22	7,30	–

ZUS waloryzuje składki na ubezpieczenie emerytalne zapisane na koncie ubezpieczonego, czyli mnoży ich wartość przez wskaźnik waloryzacji. Dotyczy to kwoty składek zapisanych do 31 stycznia (włącznie) tego roku, za który jest przeprowadzana waloryzacja,

powiększonej o kwoty z tytułu wcześniejszych waloryzacji. ZUS waloryzuje składki co rok, od 1 czerwca.

Składki na **ubezpieczenia rentowe** (8%) ubezpieczony finansuje w wysokości 1,5% podstawy wymiaru, a płatnik składek – w wysokości 6,5% podstawy wymiaru.

Składki na **ubezpieczenie chorobowe** (2,45%) w całości finansuje ubezpieczony, natomiast składki na **ubezpieczenie wypadkowe** w całości finansuje płatnik składek.

4.1.2. Konta ubezpieczonych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi konta wszystkich osób zgłoszonych do ubezpieczeń społecznych. Są one zakładane na podstawie pierwszego dokumentu zgłoszeniowego, który za danego ubezpieczonego przekaże płatnik składek.

W ramach konta ubezpieczonego ZUS dodatkowo prowadzi subkonto, na którym zapisuje składki pochodzące z części zmniejszonej składki do OFE. Subkonto w ZUS ma każdy ubezpieczony urodzony po 1948 r., który był członkiem OFE, oraz każdy ubezpieczony, który urodził się po 31 grudnia 1968 r. i był objęty ubezpieczeniem emerytalnym.

W okresie pomiędzy 1 kwietnia a 31 lipca 2016 r. ubezpieczony, który był członkiem OFE, mógł zdecydować, czy chce, aby część jego składki nadal trafiała do OFE, czy na subkonto w ZUS. W przypadku wyboru OFE konieczne było złożenie odpowiedniego oświadczenia. Jeśli ubezpieczony tego nie zrobił, część składki emerytalnej, która trafiałaby do OFE, zaczęła być zapisywana na subkoncie ubezpieczonego w ZUS.

Na koncie ubezpieczonego zapisuje się m.in.:

- dane identyfikacyjne ubezpieczonego, czyli imię i nazwisko, datę urodzenia, PESEL,
- dane ewidencyjne, czyli drugie imię, nazwisko rodowe, obywatelstwo,
- dane adresowe, czyli adres zamieszkania, adres do korespondencji,
- wysokość należnych i wpłaconych składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne oraz wysokość należnej i odprowadzonej składki do OFE,
- informacje o zwaloryzowanej wysokości składek na ubezpieczenie emerytalne, z wyłączeniem składek zapisanych na subkoncie oraz przekazanych do OFE,
- kapitał początkowy oraz zwaloryzowany kapitał początkowy,
- informacje o członkostwie w OFE i w NFZ,
- fakty pozaubezpieczeniowe, które mają wpływ na prawo do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz na ich wysokość,
- informacje niezbędne do przyznania i wypłaty świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz świadczeń finansowanych z budżetu państwa, a także informacje o dokonanych wypłatach,
- informacje o okresach pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, przekazane w zgłoszeniu danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, o których mowa w ustawie o emeryturach pomostowych,

- informacje o małżeńskich stosunkach majątkowych oraz o osobach fizycznych, na rzecz których po śmierci osoby, która nie jest członkiem OFE, ZUS wypłaci środki zapisane na jej subkoncie (po śmierci członka OFE środki z subkonta są wypłacane zgodnie z jego dyspozycją złożoną w OFE),
- kwotę środków zapisanych na subkoncie na ostatni dzień miesiąca przed miesiącem, w którym ZUS ustalił prawo do emerytury,
- informacje o osobach uposażonych, które zgodnie z wolą emeryta dostaną wypłatę gwarantowaną, jeżeli jego śmierć nastąpi w ciągu 3 lat od miesiąca, w którym po raz pierwszy otrzymał emeryturę,
- oświadczenie o przekazywaniu do OFE składki na ubezpieczenie emerytalne.

Na subkoncie zapisuje się m.in.:

- wysokość należnych i wpłaconych składek na ubezpieczenie emerytalne, które nie zostały przekazane do OFE,
- zwaloryzowaną wysokość wpłaconych składek na ubezpieczenie emerytalne wraz z wyegzekwowanymi od tych składek odsetkami za zwłokę i opłatą prolongacyjną,
- wartość środków odpowiadających wartości 51,5% umorzonych i przekazanych w 2014 r. przez OFE jednostek rozrachunkowych, które były zapisane na rachunku każdego członka OFE,
- kwotę środków odpowiadających wartości umorzonych i przekazanych przez OFE jednostek rozrachunkowych, które były zgromadzone na rachunku członka OFE, w związku z tym, że ubezpieczony osiągnął wiek niższy o 10 lat od wieku emerytalnego.

Od 1 listopada 2014 r. funkcjonuje tzw. **suwak bezpieczeństwa**. Środki z rachunku członka OFE są co miesiąc stopniowo przekazywane Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych i zapisywane na subkoncie ubezpieczonego. Mechanizm ten jest uruchamiany na 10 lat przed osiągnięciem przez ubezpieczonego – członka OFE – powszechnego wieku emerytalnego.

Suwak bezpieczeństwa ma chronić przed tzw. ryzykiem złej daty, czyli załamaniem kursów rynkowych w roku przejścia na emeryturę. Przełożyłoby się to na obniżenie kapitału emerytalnego, a w konsekwencji na niższe świadczenie emerytalne. W miesiącu, w którym ubezpieczony osiągnie powszechny wiek emerytalny, wszystkie jednostki rozrachunkowe na rachunku ubezpieczonego (członka OFE) zostaną przeniesione do ZUS, który będzie wypłacał dożywotnią emeryturę. Od miesiąca, w którym suwak bezpieczeństwa zostaje uruchomiony, ZUS przestaje przekazywać składkę emerytalną do OFE i zapisuje ją na subkoncie ubezpieczonego.

Do 31 sierpnia każdego roku ZUS udostępnia na Platformie Usług Elektronicznych (PUE) ZUS ubezpieczonym urodzonym po 31 grudnia 1948 r. **Informację o stanie konta ubezpieczonego** według stanu na 31 grudnia poprzedniego roku. Informacja jest udostępniana również w formie papierowej na żądanie ubezpieczonego.

W Informacji... ZUS podaje wysokość:

- zwaloryzowanego kapitału początkowego, o ile został obliczony,
- zwaloryzowanych składek na ubezpieczenie emerytalne, z wyłączeniem składek na otwarte fundusze emerytalne i subkonto,
- składek na ubezpieczenie emerytalne w wysokości nominalnej (czyli bez waloryzacji) w podziale na miesiące, z wyłączeniem składek na OFE i subkonto,
- składek zapisanych na subkoncie: należnych (czyli tych, które wynikają z dokumentów rozliczeniowych przekazanych do ZUS przez płatników składek) i wpłaconych,
- zwaloryzowanych składek, odsetek, środków i opłaty prolongacyjnej ogółem zapisanych na subkoncie,
- składek na OFE: należnych i faktycznie przekazanych do OFE,
- hipotetycznej emerytury – ubezpieczonemu, który do 31 grudnia roku, za który udostępniana jest informacja, skończył co najmniej 35 lat, podawana jest w 2 wariantach:
 - według stanu konta i subkonta na 31 grudnia roku, którego dotyczy *Informacja...*, z uwzględnieniem hipotetycznej kwoty składek, jakie ubezpieczony mógłby zgromadzić na koncie, gdyby pracował do wieku emerytalnego,
 - wyłącznie na podstawie stanu konta i subkonta na 31 grudnia roku, za który *Informacja...* jest udostępniana.

Ubezpieczonemu, któremu do osiągnięcia powszechnego wieku emerytalnego brakuje nie więcej niż 10 lat, ZUS przekazuje również informację o wysokości hipotetycznej emerytury, jaką ubezpieczony otrzymałby, gdyby przeszedł na emeryturę rok, 2, 3, 4 lata i 5 lat po osiągnięciu powszechnego wieku emerytalnego.

Ubezpieczony, który przekroczył powszechny wiek emerytalny i nie wystąpił o ustalenie emerytury, otrzymuje informację o wysokości hipotetycznej emerytury, jaką uzyskałby w swoim obecnym wieku. Dodatkowo zostanie poinformowany o wysokości hipotetycznej emerytury, jaką otrzymywałby, gdyby przeszedł na emeryturę rok, 2, 3, 4 lata i 5 lat po osiągnięciu powszechnego wieku emerytalnego.

ZUS udostępnia *Informację...*, aby ubezpieczeni mogli sprawdzić, czy zapisy na ich kontach i subkontach są poprawne, i zainterweniować, jeśli stwierdzą nieprawidłowości (odpowiednio u płatnika składek, w ZUS, w OFE lub w instytucji, która obsługuje wpłaty).

Aby mieć dostęp do Platformy Usług Elektronicznych ZUS, ubezpieczony musi uwierzytelnić swój profil certyfikowanym podpisem kwalifikowanym lub za pomocą profilu zaufanego albo bankowości elektronicznej. Może także w ciągu 7 dni potwierdzić swoją tożsamość w dowolnej placówce ZUS lub podczas e-wizyty na podstawie dowodu tożsamości ze zdjęciem. Od 14 lipca 2023 r., tj. od momentu wejścia w życie Ustawy o aplikacji mObywatel, obowiązek stwierdzenia tożsamości lub obywatelstwa polskiego na podstawie dokumentu tożsamości, w szczególności na podstawie dowodu osobistego, uznaje się za spełniony po stwierdzeniu tożsamości lub obywatelstwa polskiego na podstawie dokumentu mObywatel.

4.1.3. Przychody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych

Przychody Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w latach 2021–2022 (w mln zł)

	2021	2022	Odsetek przychodów z 2022 r.
Przychody ogółem, w tym:	274 049,7	312 652,9	100,0%
przypis składek	228 709,6	263 619,8	84,3%
dotacja z budżetu państwa	34 990,1	38 663,3	12,4%
wpłaty z OFE	7 325,2	6 768,4	2,2%
pozostałe przychody	3 024,7	3 601,4	1,1%

4.1.4. Koszty Funduszu Ubezpieczeń Społecznych

Koszty Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w latach 2021–2022 według rodzajów (w mln zł)

	2021	2022	Odsetek wydatków z 2022 r.
Koszty ogółem, w tym:	284 467,5	310 934,1	100,0%
Świadczenia pieniężne, w tym:	276 205,4	299 967,4	96,5%
emerytury i renty	245 505,5	269 362,1	86,6%
pozostałe świadczenia	30 699,9	30 605,3	9,8%
Prewencja rentowa i wypadkowa, w tym:	180,7	232,1	0,1%
prewencja rentowa	100,9	140,6	0,0%
prewencja wypadkowa	79,8	91,5	0,0%
Odpis na działalność ZUS	3 865,5	4 910,7	1,6%
Pozostałe wydatki	7,3	7,5	0,0%

Koszty Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w 2022 r. ogółem wyniosły 310 934,1 mln zł, w tym:

- **wydatki na świadczenia pieniężne** wyniosły 299 967,4 mln zł, co stanowiło 96,5% wydatków FUS; największe są wydatki na emerytury i renty, które wyniosły 269 362,1 mln zł, czyli 86,6% wydatków FUS,

- **wydatki na prewencję rentową oraz wypadkową** wyniosły 232,1 mln zł, czyli 0,1% wydatków FUS,
- **wydatki z tytułu odpisu na działalność ZUS** wyniosły 4910,7 mln zł, czyli 1,6% wydatków FUS.

Koszty świadczeń pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w 2022 r. według rodzajów funduszy

	w mld zł	w %
Ogółem, w tym:	300,1	100,0
fundusz emerytalny	213,9	71,3
fundusz rentowy	54,2	18,1
fundusz chorobowy	26,9	8,9
fundusz wypadkowy	5,1	1,7

4.1.5. Tarcza Antykryzysowa

16 maja 2022 r. został zniesiony stan epidemii. Zakład Ubezpieczeń Społecznych na podstawie obowiązujących przepisów prawa nadal udzielał pomocy w ramach Tarczy Antykryzysowej. Przedsiębiorcy oraz osoby wykonujące umowy cywilnoprawne mogli składać wnioski o świadczenie postojowe, jeśli spełniali odpowiednie warunki i wcześniej tego nie zrobili, w ciągu 3 miesięcy od dnia zniesienia epidemii.

W 2022 r. ZUS na podstawie przepisów Tarczy Antykryzysowej kontynuował udzielanie wsparcia płatnikom składek, aby przeciwdziałać niekorzystnym społecznie i gospodarczo skutkom pandemii. Formy wsparcia obejmowały:

- zwolnienie z obowiązku opłacania składek – od 1 kwietnia 2020 r. do 28 lutego 2022 r. zarejestrowano 2,7 mln wniosków i umorzono składki na kwotę ponad 15,6 mld zł,
- wypłatę świadczenia postojowego – do 15 sierpnia 2022 r. zarejestrowano 3,8 mln wniosków i wypłacono świadczenie na kwotę 6,5 mld zł,
- odstąpienie od pobierania odsetek za zwłokę – do końca grudnia 2022 r. wpłynęło ok. 31 tys. wniosków, z czego 99% zostało rozpatrzonych, w tym 76% pozytywnie na kwotę 128 mln zł.

4.1.6. Pomoc dla płatników poszkodowanych w związku z sytuacją ekologiczną na Odrze

30 września 2022 r. weszła w życie ustawa o szczególnym wsparciu podmiotów poszkodowanych w związku z sytuacją ekologiczną na rzece Odrze wraz z rozporządzeniem wykonawczym. Ustawa określa zasady ustalania uprawnień wypłaty jednorazowego

świadczenia pieniężnego płatnikom składek z określonych branż, którzy prowadzą pozarolniczą działalność na terenie powiatów wskazanych w rozporządzeniu.

Pomoc dotyczyła płatników z 28 branż najbardziej dotkniętych sytuacją ekologiczną na Odrze, tj. branży turystycznej (hotele i inne obiekty noclegowe, działalność organizatorów turystyki itd.), branży gastronomicznej (restauracje, bary itd.), branży sportowo-rekreacyjnej (wypożyczalnie i dzierżawa sprzętu rekreacyjnego i sportowego, wynajem i dzierżawa środków transportu wodnego itd.), a także sektora rybołówstwa i akwakultury (rybołówstwo w wodach morskich, rybołówstwo w wodach śródlądowych itd.). Wnioski można było składać najpóźniej do 31 grudnia 2022 r.

Według stanu na 11 stycznia 2023 r. do ZUS wpłynęło 79 wniosków. Pozytywnie rozpatrzone 68 z nich. Wypłacono świadczenia na łączną kwotę 566 tys. zł.

4.1.7. Dochodzenie należności od płatników składek

Zadaniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest m.in. dochodzenie należności z tytułu nieopłaconych składek. Jest ono realizowane przez ZUS zarówno na drodze egzekucyjnej (przymusowe dochodzenie należności), jak i poprzez stosowanie przewidzianych prawem bezegzekucyjnych (umownych) form spłaty zaległości.

Według stanu na 31 grudnia 2022 r. zadłużenie na ubezpieczenia społeczne wynosiło 26 419 113 tys. zł i nieznacznie się zwiększyło (o 1,2%) w stosunku do stanu na koniec roku 2021, przy czym:

- do 31 grudnia 1998 r. wynosiło 325 385 tys. zł i obniżyło się o 5,9% w porównaniu z rokiem 2021,
- od 1 stycznia 1999 r. wynosiło 26 093 727 tys. zł i wzrosło o 1,3% w porównaniu z rokiem 2021.

Udział procentowy kwoty zadłużenia ogółem na kontach aktywnych płatników składek zmniejszył się o 1% (w porównaniu z 2021 r.). O taką wartość zwiększył się też udział procentowy kwoty zadłużenia na kontach płatników nieaktywnych.

Na zmianę struktury zaległości ze względu na okres wpływają zasady rozliczania wpłat. W pierwszej kolejności rozliczane są bowiem najstarsze zobowiązania wraz z odsetkami za zwłokę.

W 2022 r. nastąpił spadek zadłużenia za lata 1999–2016 do poziomu 11,3 mld zł. Było to efektem spłaty zaległych zobowiązań, jak również odpisania należności, które się przedawniły.

Wzrost zadłużenia na koniec 2022 r. wynika z niezapłacenia bieżących składek za ostatni rok, tj. za 2022, które stanowią 4,57 mld zł (wzrost o blisko 1% względem zaległości z analogicznego okresu roku ubiegłego, tj. 2021). Nastąpił natomiast sukcesywny spadek zadłużenia za okresy zaległe, tj. o 11,5% za lata 1999–2020 (z 21,2 mld zł na koniec 2021 r. do 18,8 mld zł na koniec 2022 r.), i największy spadek, o 39,6%, zadłużenia za 2021 r. (z 4,55 mld zł na koniec 2021 r. do 2,75 mld zł na koniec 2022 r.).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wykorzystując swoje uprawnienia i dostępne środki prawne, prowadził działania zmierzające do odzyskania należności z tytułu składek poprzez ich przymusowe dochodzenie oraz propagował dobrowolne formy spłaty zaległości przez płatników, którzy znajdowali się w trudnej sytuacji finansowej.

W 2022 r. ZUS skierował do przymusowego dochodzenia należności na ubezpieczenia społeczne na kwotę 5 818 829 tys. zł, które zostały objęte 1 170 850 tytułami wykonawczymi. Kwota ta była o 50,5% wyższa niż w roku 2021. Odzyskano należności na kwotę 1 633 313 tys. zł. Były to wpłaty uzyskane w ramach prowadzonych działań egzekucyjnych oraz dobrowolne wpłaty płatników po wdrożeniu egzekucji. Odzyskane należności w ramach prowadzonych postępowań egzekucyjnych były wyższe o 52,2% w stosunku do należności odzyskanych w roku 2021.

Wpływy z egzekucji na ubezpieczenia społeczne w latach 2021–2022

Wpływy z egzekucji na ubezpieczenia społeczne	2021	2022
	kwota w tys. zł	
Ogółem (w ramach egzekucji „własnej”, urzędów skarbowych, sądowej i postępowań upadłościowych)	1 073 055	1 633 313

ZUS konsekwentnie realizuje politykę udzielania ulg. W 2022 r. udzielił pomocy w spłacie należności z tytułu składek – zawierał układy ratalne oraz odraczał terminy płatności składek:

- 48,4 tys. układów ratalnych na łączną kwotę 3 500 598 tys. zł, przy czym liczba udzielonych układów ratalnych była niższa o 19,9% w stosunku do 2021 r., a kwota objęta tym rodzajem ulgi była o 4,1% wyższa; wpłynęło 80,1 tys. wniosków o układ ratalny (o 7,3% mniej niż w 2021 r.);
- 7,5 tys. odroczeń na kwotę 1 003 718 tys. zł, co stanowi spadek liczby udzielonych odroczeń terminu płatności o 89,3% w stosunku do 2021 r.; natomiast nastąpił wzrost kwot objętych tym rodzajem ulgi o 5,3%; wpłynęło 15,9 tys. wniosków o odroczenie terminu płatności składek (o 85,5% mniej w niż w 2021 r.).

W 2022 r. płatnicy nadal w przeważającej części składali wnioski o odroczenie terminu płatności, co wiązało się m.in. z oczekiwaniem na rozpatrzenie wniosku o zwolnienie z opłacania składek.

W zależności od charakteru zobowiązań ZUS może umarzać należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w całości lub w części. Wyjątek stanowią należności z tytułu składek w części finansowanej przez ubezpieczonych niebędących płatnikami składek, które nie podlegają umorzeniu zgodnie z art. 30 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Nadal też mogą być umarżane należności na podstawie ustawy abolicyjnej, po spełnieniu przewidzianych w tej ustawie warunków umorzenia. Kwoty umorzonych należności na podstawie obowiązujących przepisów prawa przedstawia tabela na następnej stronie.

Kwoty umorzonych należności w latach 2021–2022

Podstawa umorzenia	2021	2022
	składki z opłatą dodatkową w tys. zł	
art. 28 ust. 3a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 17 ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych	3 186	2 498
odrębne akty prawne	32 988	37 553
RAZEM	36 174	40 051

W 2022 r. wzrosła kwota umorzonych składek na ubezpieczenie społeczne w stosunku do roku poprzedniego. Wzrost kwoty należności umorzonych na podstawie innych aktów prawnych, w tym przede wszystkim na podstawie ustawy abolicyjnej, przy porównalnej z rokiem 2021 liczbie wydanych decyzji o umorzeniu należności może wynikać z odmiennej struktury zadłużenia figurującego na kontach płatników. Umorzenia te dotyczą spraw (obejmujących należności od stycznia 1999 r. do lutego 2009 r.), w których w 2022 r. zostały spełnione warunki umożliwiające wydanie decyzji o umorzeniu należności. Były to przede wszystkim przypadki, w których płatnicy zakończyli ratalną spłatę należności niepodlegających umorzeniu. Wnioskami o umorzenie objęte są kwoty rzędu zarówno kilkuset, jak i kilkudziesięciu tysięcy złotych.

4.1.8. Rozliczenie składki zdrowotnej

Z początkiem 2022 r. wszedł w życie pakiet ustaw Polski Ład, a wraz z nim zmiany w rozliczaniu i opłacaniu składki zdrowotnej.

Od 2022 r. podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne jest ustalana w zależności od tego, jaki rodzaj pozarolniczej działalności prowadzi płatnik składek, oraz od tego, jaką formę opodatkowania stosuje on do przychodów z tej działalności.

Każda osoba prowadząca pozarolniczą działalność i opłacająca składki na własne ubezpieczenia w 2023 r. po raz pierwszy ma obowiązek złożyć roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne. Służy ono ustaleniu składki na ubezpieczenie zdrowotne za dany rok składkowy lub kalendarzowy na podstawie przychodów lub dochodów w nim osiągniętych. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne za 2022 r. przedsiębiorcy muszą rozliczyć w 2023 r.

Jeżeli w wyniku rocznego rozliczenia okaże się, że składka na ubezpieczenie zdrowotne została:

- opłacona w kwocie wyższej niż ustalona – płatnikowi przysługuje zwrot, chyba że ma zaległości za składki lub nienależnie pobrane świadczenia z ubezpieczenia społecznego,
- opłacona w kwocie niższej niż ustalona – płatnik zobowiązany jest uregulować niedopłatę wraz ze składką za kwiecień.

Nadpłata zostanie przekazana na rachunek bankowy, który jest zapisany na koncie płatnika składek.

4.1.9. Zmiany w dokumentach rozliczeniowych

W związku ze zmianami podstawy wymiaru składki zdrowotnej za osoby prowadzące pozarolniczą działalność od stycznia 2022 r. zmieniły się wzory dokumentów rozliczeniowych ZUS DRA i ZUS RCA. W dokumentach tych przedsiębiorcy podają dodatkowe informacje, m.in. formę opodatkowania w danym miesiącu, przychód lub dochód.

4.1.10. Nowe terminy składania dokumentów rozliczeniowych i opłacania składek

Dla większości płatników zmienił się termin przekazywania dokumentów rozliczeniowych i opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz ubezpieczenia społeczne. Tylko dla jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych termin pozostał bez zmian – do 5 dnia następnego miesiąca.

W przypadku pozostałych płatników składek termin zależy od tego, czy mają oni osobowość prawną, czy też nie:

- do 15 dnia następnego miesiąca opłacają i rozliczają za dany miesiąc m.in. spółki kapitałowe (spółki akcyjne i spółki z o.o.), spółdzielnie, stowarzyszenia, fundacje,
- do 20 dnia następnego miesiąca obowiązek ten wykonują pozostali płatnicy, np. opłacający składki wyłącznie na własne ubezpieczenia, spółki osobowe (jawne, partnerskie, komandytowe, komandytowo-akcyjne).

Składka na ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenia społeczne opłacana jest przez płatnika jednym przelewem na własny numer rachunku składowego (NRS).

4.1.11. Obowiązek comiesięcznego przekazywania dokumentów rozliczeniowych

Osoby prowadzące działalność gospodarczą, które opłacają składki na własne ubezpieczenia, lub osoby z nimi współpracujące zobowiązane są od stycznia 2022 r. co miesiąc przekazywać dokumenty rozliczeniowe do ZUS.

Zwolnienie ze składania dokumentów dotyczy tylko:

- duchownych,
- osób składających dokumenty za opiekunki do dzieci oraz
- osób, które podlegają dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym.

4.1.12. Korekta dokumentów

Od 1 stycznia 2022 r. zostały zniesione nieograniczone w czasie korekty dokumentów rozliczeniowych. Płatnik może składać korekty przez 5 lat od dnia, w którym upłynął termin opłacenia składek rozliczonych w tych dokumentach.

W zakresie składki na ubezpieczenie zdrowotne płatnik może złożyć korektę najpóźniej do dnia, w którym złożony został wniosek o zwrot nadpłaty powstałej z rocznego rozliczenia, lub do 30 czerwca, jeśli nie złożył wniosku o zwrot nadpłaty.

4.2. Fundusz Emerytur Pomostowych

Fundusz Emerytur Pomostowych (FEP) jest państwowym funduszem celowym. Został utworzony 1 stycznia 2010 r. na mocy ustawy o emeryturach pomostowych, aby finansować ten rodzaj świadczeń. Dysponentem FEP jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Przychody FEP pochodzą m.in.:

- ze składek na FEP,
- z dotacji z budżetu państwa,
- z oprocentowania rachunków bankowych FEP,
- z lokat wolnych środków FEP.

W granicach określonych w ustawie budżetowej FEP może otrzymywać dotacje z budżetu państwa, które pozwalają uzupełnić środki na wypłaty emerytur pomostowych.

Wolne środki FEP dysponent może umieszczać na lokatach bankowych oraz kupować za nie papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa.

Płatnik opłaca składki na FEP za pracownika, który spełnia łącznie następujące warunki:

- urodził się po 31 grudnia 1948 r.,
- wykonuje pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

Obowiązek opłacania składek na FEP za pracownika powstaje w dniu, w którym zacznie on wykonywać pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a ustaje z dniem, w którym przestanie wykonywać taką pracę.

Stopa składki na FEP wynosi 1,5% podstawy wymiaru. Finansuje ją w całości płatnik składek. Podstawę wymiaru stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Przy ustalaniu podstawy wymiaru stosuje się takie ograniczenie

rocznej podstawy jak przy naliczaniu składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (30-krotność prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy).

Ogólna kwota składek przekazanych do FEP w 2022 r. wyniosła 362 mln zł.

4.3. Fundusz Rezerwy Demograficznej

Fundusz Rezerwy Demograficznej (FRD) powstał w 2002 r. na mocy ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych i jest funduszem rezerwowym dla funduszu emerytalnego wyodrębnionego z FUS. Posiada osobowość prawną, a dysponentem jego środków jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

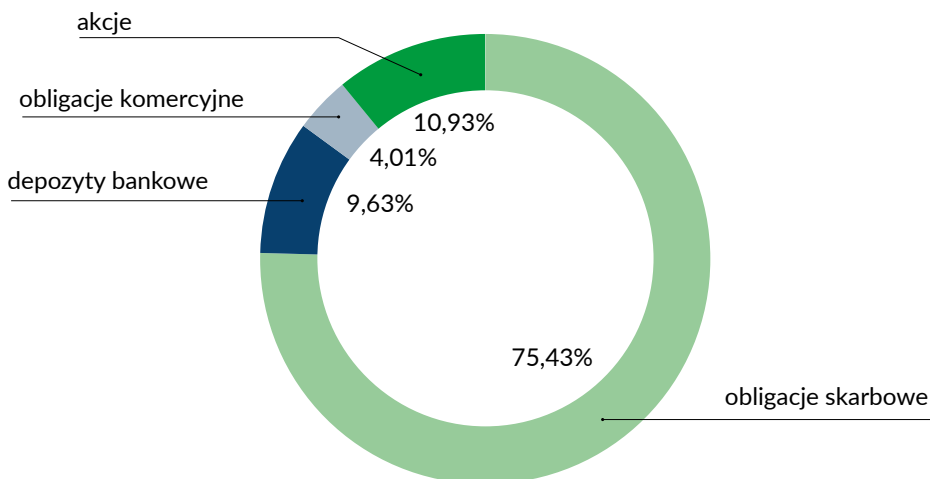
Decyzję o uruchomieniu środków FRD może podjąć Rada Ministrów lub – do wysokości ujętej w planie finansowym FUS – Zarząd Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Rada Ministrów zarządza w takim przypadku wykorzystanie środków FRD na zapewnienie wypłaty świadczeń finansowanych z funduszu emerytalnego lub na nieoprocenowaną pożyczkę na realizację dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego dla emerytów i rencistów oraz kosztów obsługi wypłaty tego świadczenia.

Na przychody FRD składają się:

- część składki na ubezpieczenie emerytalne,
- środki, które pochodzą z prywatyzacji mienia Skarbu Państwa,
- kwoty z tytułu oprocentowania na rachunkach bankowych ZUS środków uzyskanych z egzekucji, w odniesieniu do których dyrektor oddziału ZUS jest organem egzekucyjnym w przypadku zbiegu egzekucji,
- zysk z inwestycji,
- odsetki z lokat, które nie stanowią przychodów FUS i ZUS,
- przychody z innych źródeł.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych lokuje środki FRD w określone instrumenty finansowe tak, aby były maksymalnie bezpieczne i rentowne.

Struktura portfela inwestycyjnego FRD – stan na 31 grudnia 2022 r.



Struktura na 31 grudnia 2022 r. została określona według katalogu instrumentów finansowych wymienionych w rozporządzeniu w sprawie lokowania środków Funduszu Rezerwy Demograficznej i nie zawiera środków pieniężnych pozostających na rachunku bankowym w kwocie 8 tys. zł ani należności z tytułu pożyczki udzielonej Funduszowi Solidarnościowemu, które na 31 grudnia 2022 r. wynosiły 11 504 268 tys. zł.

Uwzględniając główny cel polityki inwestycyjnej FRD, czyli maksymalne bezpieczeństwo w połączeniu z rentownością lokowanych środków finansowych, w portfelu FRD w 2022 r. dominowały skarbowe papiery wartościowe. Średnioroczny udział instrumentów dłużnych w całości aktywów Funduszu wyniósł w tym okresie 85,69%. Zarządzanie środkami w części dłużnej portfela FRD realizowane było z uwzględnieniem aktualnej sytuacji na rynkach dłużnych. Wypracowana stopa zwrotu w 2022 r. z tej części portfela wyniosła 4,09%.

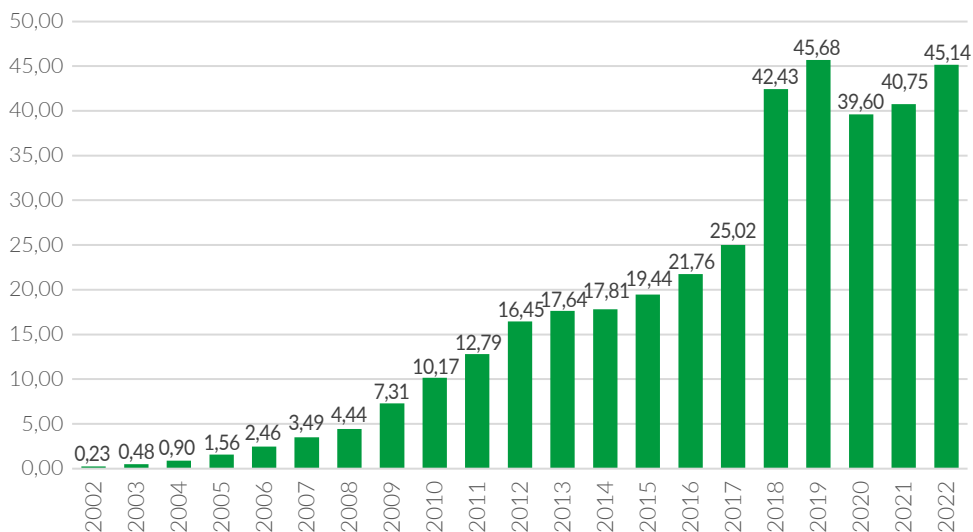
Dla części akcyjnej stopa zwrotu wyniosła -18,92% przy średniorocznym zaangażowaniu aktywów Funduszu w akcje na poziomie 9,77%.

Wypracowana stopa zwrotu z całości aktywów Funduszu w 2022 r. wyniosła 1,53%.

Od 2009 r. do końca 2022 r. na rachunek FRD wpłynęło łącznie 21,56 mld zł z tytułu prywatyzacji mienia Skarbu Państwa. Z tej kwoty w latach 2010–2014 FRD przekazała na rachunek funduszu emerytalnego 19,39 mld zł. Ponadto w 2019 r. FRD zwrócił część wpłaconych środków z tytułu prywatyzacji mienia Skarbu Państwa w kwocie 427 tys. zł, zgodnie z pismem Ministerstwa Przedsiębiorczości i Technologii.

Na 31 grudnia 2022 r. wartość środków finansowych FRD wyniosła 45 142 045 tys. zł.

Środki finansowe Funduszu Rezerwy Demograficznej na koniec roku w latach 2002–2022 (w mld zł)



Środki finansowe Funduszu Rezerwy Demograficznej na koniec roku w latach 2002–2022

Rok	Wartość aktywów na koniec roku (w mld zł)
2002	0,23
2003	0,48
2004	0,90
2005	1,56
2006	2,46
2007	3,49
2008	4,44
2009	7,31
2010	10,17
2011	12,79
2012	16,45
2013	17,64
2014	17,81
2015	19,44
2016	21,76
2017	25,02
2018	42,43
2019	45,68
2020	39,60
2021	40,75
2022	45,14

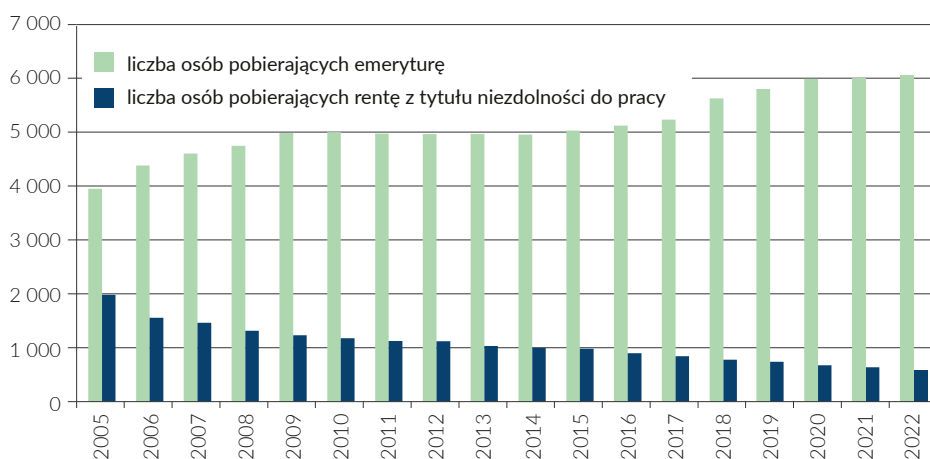
5. Świadczenia realizowane przez ZUS

5.1. Ogólne informacje o świadczeniach emerytalnych i rentowych realizowanych przez ZUS

W 2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych co miesiąc wypłacał świadczenia emerytalne i rentowe średnio 7,9 mln osób. Ogólna kwota emerytur i rent wyniosła 261,9 mld zł.

Poniższy wykres ilustruje, jak w ciągu ostatnich kilkunastu lat zmieniała się liczba osób, które pobierają świadczenia długoterminowe: emerytury i renty z tytułu niezdolności do pracy. Liczba emerytów powoli rośnie, natomiast liczba rencistów spada.

Liczba osób pobierających emeryturę i liczba osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy w latach 2005–2022 (w tys.)



Liczba osób pobierających emeryturę i liczba osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy w latach 2005–2022

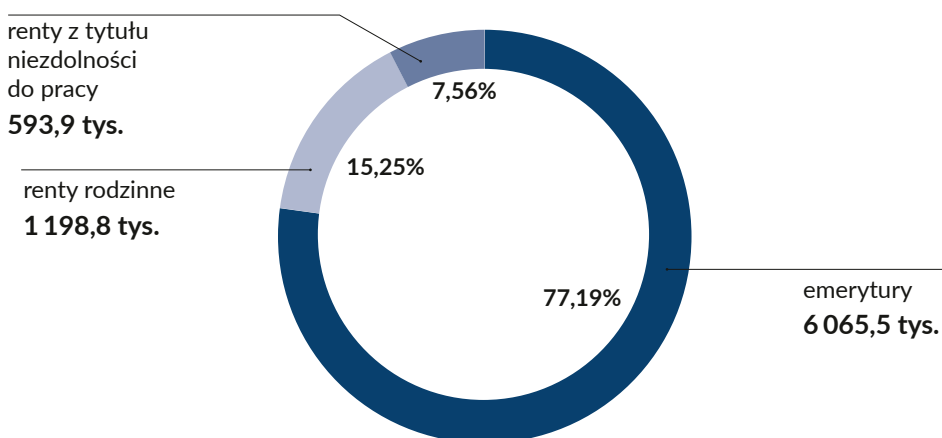
Rok	Liczba osób, które pobierają emeryturę (w tys.)	Liczba osób, które pobierają rentę z tytułu niezdolności do pracy (w tys.)
2005	3 940	1 975
2006	4 390	1 556
2007	4 559	1 474
2008	4 765	1 381
2009	4 981	1 288

Rok	Liczba osób, które pobierają emeryturę (w tys.)	Liczba osób, które pobierają rentę z tytułu niezdolności do pracy (w tys.)
2010	4 996	1 228
2011	4 973	1 174
2012	4 960	1 121
2013	4 964	1 075
2014	4 953	1 034
2015	5 026	983
2016	5 119	934
2017	5 231	876
2018	5 624	779
2019	5 798	726
2020	5 995	664
2021	5 993	639
2022	6 065	594

Przeciętna wysokość emerytury i renty w 2022 r.

Rodzaj świadczenia	Miesięczna wysokość przeciętnego świadczenia w zł
Ogółem emerytury i renty	2789,89
Emerytura	2889,21
Renta z tytułu niezdolności do pracy	2259,97
Renta rodzinna	2549,93

Struktura świadczeniobiorców według rodzajów pobieranych świadczeń emerytalnych i rentowych w 2022 r.



5.1.1. Waloryzacja emerytur i rent

Co roku od 1 marca ZUS przeprowadza waloryzację świadczeń emerytalnych i rentowych. Aby ustalić wysokość zwaloryzowanych emerytur i rent, mnoży się indywidualną kwotę świadczenia przez wskaźnik waloryzacji. Jest to średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w poprzednim roku kalendarzowym, zwiększony o co najmniej 20% realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim roku kalendarzowym. Wskaźnik waloryzacji ogłaszany jest w komunikacie ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski”.

Waloryzowane są:

- emerytury,
- renty z tytułu niezdolności do pracy,
- renty rodzinne,
- świadczenia i zasiłki przedemerytalne,
- dodatki i świadczenia wypłacane razem z emeryturami lub rentami,
- okresowe emerytury kapitałowe,
- emerytury pomostowe,
- nauczycielskie świadczenia kompensacyjne,
- kwoty maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent,
- gwarantowana minimalna kwota świadczenia i zasiłku przedemerytalnego obowiązująca w przypadku osiągnięcia przychodu z działalności zarobkowej.

Emerytury i renty w 2023 r. zostały zwaloryzowane przez pomnożenie kwoty świadczenia oraz podstawy wymiaru emerytury lub renty w wysokości przysługującej 28 lutego 2023 r. przez **wskaźnik waloryzacji**, który wynosił 114,8%, przy czym waloryzacja nie mogła być niższa niż 250 zł. W przypadku renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy kwota waloryzacji nie mogła być niższa niż 187,50 zł.

Dodatki i świadczenia wypłacane razem z emeryturą lub rentą oraz kwoty maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent również zwaloryzowano przez zastosowanie wskaźnika waloryzacji wynoszącego 114,8%.

Od 1 marca 2023 r. w ramach waloryzacji podwyższono również kwoty minimalnych emerytur i rent.

5.1.2. Minimalne emerytury i renty

Aby otrzymywać minimalną emeryturę, emeryt musi mieć wystarczający staż ubezpieczenia (okres składkowy i nieskładkowy): 20 lat (kobieta) albo 25 lat (mężczyzna).

Od 1 marca 2023 r. kwoty minimalnych świadczeń wynoszą miesięcznie:

■ emerytura	
■ renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	1588,44 zł
■ renta rodzinna	
■ renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy	1191,33 zł

Minimalne renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową oraz rodzinne renty wypadkowe są o 20% wyższe od tych kwot i wynoszą:

- 1906,13 zł – renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową i renta rodzinna wypadkowa,
- 1429,60 zł – renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

5.1.3. Maksymalne emerytury i renty

Emerytura obliczona według zasad sprzed 1999 r. (zob. pkt 5.2.1) nie może być wyższa niż 100% podstawy jej wymiaru.

Wysokość emerytury obliczonej według nowych zasad (zob. pkt 5.2.2) może być dowolna, jednak zależy od:

- sumy zgromadzonych i zwaloryzowanych składek,
- zwaloryzowanego kapitału początkowego,
- kwot środków zapisanych na subkoncie,
- wieku przejścia na emeryturę.

5.1.4. Łączenie emerytury lub renty z pracą

Prawo do łączenia emerytury z wynagrodzeniem za pracę bez żadnych ograniczeń mają emeryci, którzy spełniają oba następujące warunki:

- osiągnęli powszechny wiek emerytalny,
- rozwiązali stosunek pracy zawarty przed nabyciem prawa do emerytury.

ZUS zawiesza wypłatę emerytury, jeżeli ubezpieczony uzyskał prawo do świadczenia i dalej pracuje u tego samego pracodawcy bez rozwiązania stosunku pracy. Taka osoba może się zwolnić i ponownie zatrudnić u dotychczasowego pracodawcy (na podstawie nowej umowy o pracę) – wtedy nie straci prawa do wypłaty emerytury.

Ograniczenia w zakresie łączenia świadczeń z przychodami z pracy mają:

- osoby, które pobierają emeryturę, ale nie osiągnęły jeszcze powszechnego wieku emerytalnego (np. emeryci pobierający emerytury pomostowe),
- renciści.

Prawo do pobierania emerytury lub renty przysługuje w zależności od tego, jakie przychody uzyskuje świadczeniobiorca. Gdy miesięczny przychód takiej osoby wynosi przeciętnie:

- do 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – ZUS wypłaca całą emeryturę lub rentę,
- od 70 do 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – ZUS zmniejsza emeryturę lub rentę o taką kwotę, o jaką osiągany przychód przekracza 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, jednak nie większą niż kwota maksymalnych zmniejszeń ustalonych dla emerytury lub renty,
- powyżej 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – ZUS zawiesza wypłatę świadczenia.

W 2022 r. roczna granica przychodu, która odpowiadała 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, wyniosła 51 069 zł. Natomiast roczna granica, która odpowiadała 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, wyniosła 94 842 zł.

5.2. Emerytura

Reforma systemu emerytalnego weszła w życie 1 stycznia 1999 r. na mocy ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

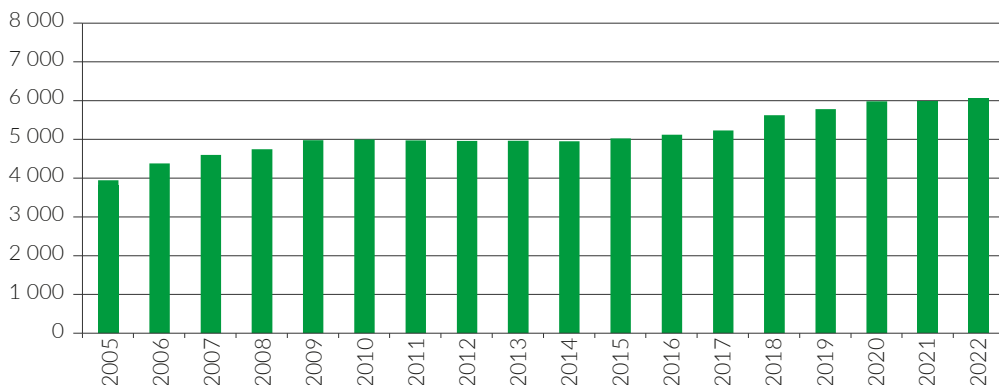
Od tego momentu w Polsce funkcjonują równoległe 2 systemy emerytalne:

- 1) **stary system emerytalny** – dla osób urodzonych przed 1 stycznia 1949 r., w którym emeryturę ZUS oblicza na zasadach sprzed 1999 r.,
- 2) **nowy system emerytalny** – dla osób urodzonych po 31 grudnia 1948 r., w którym emeryturę ZUS oblicza na nowych zasadach.

Osoby urodzone między 1 stycznia 1949 r. a 31 grudnia 1968 r. mogły wybrać:

- czy wolą pozostać w systemie emerytalnym sprzed 1999 r., czyli repartycyjnym, w którym składki osób aktywnych zawodowo są przeznaczane na wypłaty emerytur, a wartość tych składek zapisywana jest na indywidualnych kontach w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych,
- czy chcą przystąpić do nowego systemu emerytalnego, łączącego model repartycyjny z kapitałowym, w którym składki są gromadzone zarówno w FUS, jak i w otwartym funduszu emerytalnym.

Liczba osób, które pobierały emeryturę w latach 2005–2022 (w tys.)



Liczba osób, które pobierały emeryturę w latach 2005–2022

Rok	Liczba osób, które pobierały emeryturę (w tys.)
2005	3 940
2006	4 390
2007	4 559
2008	4 765
2009	4 981
2010	4 996
2011	4 973
2012	4 960
2013	4 964
2014	4 953
2015	5 026
2016	5 119
2017	5 231
2018	5 624
2019	5 798
2020	5 995
2021	5 993
2022	6 065

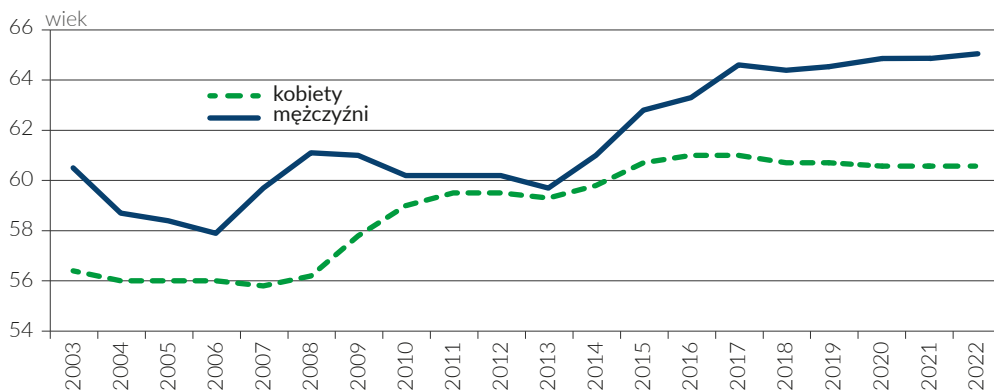
Powszechny wiek emerytalny wynosi:

- dla kobiet – 60 lat,
- dla mężczyzn – 65 lat.

Nowe zasady uzyskania prawa do emerytury ograniczyły w znacznym stopniu prawo do pobierania emerytury w wieku niższym niż powszechny wiek emerytalny. Wpłynęło to

na wzrost rzeczywistego wieku przejścia na emeryturę zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn. Poniższy wykres ilustruje tendencję wzrostową w ciągu ostatnich 20 lat.

Rzeczywisty średni wiek przejścia na emeryturę kobiet i mężczyzn w latach 2003–2022



Rzeczywisty średni wiek przejścia na emeryturę kobiet i mężczyzn w latach 2003–2022

Rok	Kobiety	Mężczyźni
2003	56,4	60,5
2004	56,0	58,7
2005	56,0	58,4
2006	56,0	57,9
2007	55,8	59,7
2008	56,2	61,1
2009	57,8	61,0
2010	59,0	60,2
2011	59,5	60,2
2012	59,5	60,2
2013	59,3	59,7
2014	59,8	61,0
2015	60,7	62,8
2016	61,0	63,3
2017	61,0	64,6
2018	60,7	64,4
2019	60,7	64,6
2020	60,6	64,8
2021	60,6	64,8
2022	60,6	64,9

W 2022 r. **rzeczywisty średni wiek przejścia na emeryturę** mężczyzn wyniósł 64,9 roku, a kobiet – 60,6 roku.

5.2.1. Emerytura w starym systemie emerytalnym

W **starym systemie emerytalnym** prawo do emerytury przysługuje osobie ubezpieczonej, która spełni oba następujące warunki:

- osiągnęła powszechny wiek emerytalny (zob. pkt 5.2),
- ma wymagany okres ubezpieczenia.

Wymagany okres ubezpieczenia wynosi co najmniej:

- 20 lat dla kobiet,
- 25 lat dla mężczyzn.

Okres ubezpieczenia jest sumą wszystkich okresów składkowych i nieskładkowych. Okresy nieskładkowe uwzględnia się tylko w części, która nie przekracza 1/3 udowodnionych okresów składkowych.

Ubezpieczeni, którzy osiągnęli powszechny wiek emerytalny i których okres ubezpieczenia jest krótszy od wymaganego, mogą otrzymać **emeryturę z obniżonym stażem ubezpieczeniowym**.

Obniżony okres ubezpieczenia wynosi:

- co najmniej 15 lat dla kobiet,
- co najmniej 20 lat dla mężczyzn.

Emerytura przyznanej na podstawie obniżonego stażu ubezpieczeniowego ZUS nie podwyższa do kwoty minimalnej emerytury.

Na emeryturę obliczoną według starego systemu składa się:

- 24% kwoty bazowej,
- 1,3% podstawy wymiaru za każdy rok okresów składkowych,
- 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych, przy czym uwzględnia się je tylko w części, która nie przekracza 1/3 udowodnionych okresów składkowych.

Podstawa wymiaru emerytury to przeciętna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe lub na ubezpieczenie społeczne w jednym z poniższych wariantów:

- z 10 kolejnych lat kalendarzowych, które zainteresowany wybiera z ostatnich 20 lat kalendarzowych,
- z 20 lat kalendarzowych wybranych z całego okresu ubezpieczenia.

Do podstawy wymiaru emerytury ZUS dolicza przysługujące ubezpieczonemu w danym roku kalendarzowym kwoty:

- wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy,
- zasiłku chorobowego,

- zasiłku macierzyńskiego,
- zasiłku opiekuńczego,
- świadczenia rehabilitacyjnego,
- zasiłku wyrównawczego,
- świadczenia wyrównawczego lub dodatku wyrównawczego,
- wartości rekompensaty pieniężnej za okresowe niepodwyższanie płac w sferze budżetowej.

Do podstawy wymiaru emerytury wlicza się również kwotę zasiłków dla bezrobotnych, zasiłków szkoleniowych lub stypendiów wypłaconych z Funduszu Pracy za okres udokumentowanej niezdolności do pracy.

Aby ustalić podstawę wymiaru, ZUS sumuje podstawy wymiaru składek i świadczenia z każdego roku w wybranych latach kalendarzowych. Następnie oblicza stosunek każdej z uzyskanych w ten sposób kwot i rocznej kwoty przeciętnego wynagrodzenia za dany rok kalendarzowy; stosunek ten wyrażony jest w procentach. Potem ZUS oblicza średnią arytmetyczną uzyskanych wartości. Stanowi ona **wskaźnik wysokości podstawy wymiaru** (który może wynosić maksymalnie 250%). Na koniec ZUS mnoży przez ten wskaźnik kwotę bazową.

Kwota bazowa to 100% przeciętnego wynagrodzenia z poprzedniego roku kalendarzowego, pomniejszonego o potrącone od ubezpieczonych składki na ubezpieczenia społeczne. Ustalana jest co roku i obowiązuje od 1 marca.

Od 1 marca 2022 r. do 28 lutego 2023 r. kwota bazowa wynosiła 4944,79 zł. Natomiast od 1 marca 2023 r. wynosi 5540,25 zł.

5.2.2. Emerytura w nowym systemie emerytalnym

Nowy system emerytalny składa się z 2 podsystemów:

- **powszechnego systemu emerytalnego**, w ramach którego funkcjonują:
 - Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS), którym zarządza instytucja publiczna – Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
 - otwarte fundusze emerytalne (OFE), którymi zarządzają prywatne instytucje – powszechne towarzystwa emerytalne (PTE),
- **dobrowolnego kapitałowego systemu emerytalnego**, którym zarządzają prywatne instytucje; przynależność do niego jest całkowicie dobrowolna; w zamian za dodatkową składkę ma on w przyszłości zapewnić podwyższone świadczenia emerytalne.

W nowym powszechnym systemie emerytalnym emeryturę mogą otrzymać osoby, które spełniają oba poniższe warunki:

- osiągnęły powszechny wiek emerytalny, który wynosi 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn,
- na ich koncie ubezpieczonego ZUS zapisał przynajmniej 1 składkę na ubezpieczenie emerytalne.

Wysokość emerytury według nowych zasad jest ściśle powiązana z wysokością opłacanych składek.

NOWA EMERYTURA Z FUS	=	suma zapisanych i zwaloryzowanych składek na ubezpieczenie emerytalne + zwaloryzowany kapitał początkowy + środki zapisane na subkoncie
		średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego, wyrażone w miesiącach; według tablic, które ogłasza Główny Urząd Statystyczny (GUS)

Kobieta, której ZUS przyznał emeryturę z FUS na nowych zasadach, a która nie skończyła 65 lat, czyli nie osiągnęła powszechnego wieku emerytalnego dla mężczyzn, otrzymuje **okresową emeryturę kapitałową**. Aby mogła otrzymać taką emeryturę, na jej subkoncie w ZUS muszą być zapisane środki, których wartość na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc, od którego zostanie przyznana emerytura, wynosi co najmniej 20-krotność dodatku pielęgnacyjnego. Od 1 marca 2023 r. 20-krotność dodatku pielęgnacyjnego wynosi 5887,80 zł (20 × 294,39 zł).

Wysokość okresowej emerytury kapitałowej ZUS oblicza poprzez podzielenie kwoty środków zapisanych na subkoncie przez średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi, w którym ubezpieczona przechodzi na emeryturę.

Jeżeli środki z subkonta mają niższą wartość niż wymagana, ZUS dodaje je do podstawy obliczenia emerytury z FUS zgodnie z ustawą emerytalną. ZUS oblicza wtedy powszechną emeryturę z FUS na podstawie zapisanych i zwaloryzowanych składek na ubezpieczenie emerytalne oraz zwaloryzowanego kapitału początkowego i środków z subkonta.

Prawo do okresowej emerytury kapitałowej wygasa na dzień przed osiągnięciem przez kobietę powszechnego wieku emerytalnego przewidzianego dla mężczyzn, czyli 65 lat. Po tym dniu ZUS doda środki zapisane na jej subkoncie do powszechnej emerytury z FUS.

Prawo do okresowej emerytury kapitałowej wygaśnie również wówczas, jeśli wyczerpią się środki zapisane na subkoncie lub jeśli uprawniona kobieta umrze.

W 2022 r. ZUS wypłacał przeciętnie 518 tys. okresowych emerytur kapitałowych miesięcznie, a średnia wysokość tego świadczenia wynosiła 286,45 zł.

ZUS podwyższa emeryturę do kwoty minimalnego świadczenia, o ile:

- **ubezpieczony mężczyzna** osiągnął powszechny wiek emerytalny, a jego staż ubezpieczeniowy wynosi co najmniej 25 lat,
- **ubezpieczona kobieta** osiągnęła powszechny wiek emerytalny, a jej staż ubezpieczeniowy wynosi co najmniej 20 lat.

Kapitał początkowy jest składnikiem podstawy obliczenia emerytury. Rozlicza się w ten sposób okres opłacania składek przed 1 stycznia 1999 r. ZUS ustala kapitał początkowy dla każdego ubezpieczonego, który urodził się po 31 grudnia 1948 r. i za którego przed 1999 r. była opłacana składka na ubezpieczenie społeczne.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych oblicza hipotetyczną emeryturę, jaką taka osoba otrzymałaby 1 stycznia 1999 r., według starych zasad. Zmodyfikowano je w zakresie obliczenia tzw. części socjalnej emerytury. Sumę części za okresy składkowe i nieskładkowe oraz części socjalnej mnoży się przez średnie dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 62 lat. Wynosiło ono 209 miesięcy. Tak wyliczona kwota to kapitał początkowy na 1 stycznia 1999 r.

Kapitał jest zapisywany na koncie ubezpieczonego. ZUS waloryzuje go co roku, aż do momentu, gdy ubezpieczony przejdzie na emeryturę. Waloryzacja kapitału początkowego przebiega na takich samych zasadach jak waloryzacja składek na ubezpieczenie emerytalne (zob. pkt 5.1.1).

Dodatkowo niektóre grupy zawodowe mogą skorzystać z prawa do **nowej emerytury w wieku niższym niż powszechny wiek emerytalny**. Są to pracownicy wykonujący pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, którzy:

- osiągnęli wymagany staż ogólny oraz staż pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze najpóźniej 1 stycznia 1999 r.,
- nie przystąpili do OFE (a jeżeli przystąpili, to zgłosili wniosek o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w funduszu na dochody budżetu państwa).

Dobrowolny kapitałowy system emerytalny

W ramach dobrowolnego kapitałowego systemu emerytalnego funkcjonują:

- otwarte fundusze emerytalne (OFE),
- pracownicze programy emerytalne (PPE),
- indywidualne konta emerytalne (IKE),
- indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego (IKZE),
- pracownicze programy kapitałowe (PPK).

Otwarte fundusze emerytalne (OFE)

Do 31 stycznia 2014 r. uczestnictwo w OFE było obowiązkowe dla osób, które urodziły się w 1969 r. lub później. Obecnie osoby, które rozpoczynają pierwszą pracę, mogą same zdecydować o przystąpieniu do takiego funduszu. Osoby, które były już członkami OFE, pomiędzy 1 kwietnia a 31 lipca 2016 r. mogły wybrać, czy chcą, aby ich składka była nadal przekazywana do OFE, czy zapisywana na subkoncie w ZUS.

Z uwagi na wprowadzony na samym początku funkcjonowania OFE obowiązek przystępowania do nich osób rozpoczynających działalność zarobkową w okresie od 1999 r. do stycznia 2014 r. ta grupa pracowników zgromadziła największą liczbę członków i najwyższą kwotę aktywów. Z powodu zmiany przepisów prawa – najpierw w 2011 r., a następnie w 2014 r. (odejście od wymogu obowiązkowej partycypacji obywateli w tym segmencie rynku) – liczba członków OFE systematycznie maleje.

Na koniec 2022 r. funkcjonowało w Polsce 10 otwartych funduszy emerytalnych, które łącznie miały 14,9 mln członków (w 2021 r. – 15,2 mln). Wartość portfela inwestycyjnego otwartych funduszy emerytalnych wyniosła 156,4 mld zł.

Źródło danych: Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, *Informacja o stanie rynku emerytalnego w Polsce na koniec 2022 r.*

Pracownicze programy emerytalne (PPE)

Pracownicze programy emerytalne (PPE) są dobrowolną formą grupowego oszczędzania na emeryturę, organizowaną przez pracodawcę przy współudziale pracowników. Składkę podstawową finansuje pracodawca, natomiast pracownik może zadeklarować składkę dodatkową, która jest potrącana z wynagrodzenia. Środki odprowadza instytucja finansowa, którą wybierają pracodawca i pracownicy w fazie organizowania programu. Instytucja ta zarządza wpłaconymi środkami.

Środki zgromadzone na rachunku pracownika mogą zostać wypłacone, przekazane do innego PPE lub na IKE albo zwrócone. Wypłata zgromadzonych oszczędności może nastąpić:

- na wniosek pracownika, gdy skończy 60 lat,
- na wniosek pracownika, gdy skończy 55 lat i przedstawi decyzję o przyznaniu prawa do emerytury,
- bez wniosku pracownika, gdy skończy 70 lat, a wcześniej nie wystąpił z wnioskiem o wypłatę środków,
- na wniosek osoby uprawnionej w przypadku śmierci pracownika.

Podobnie jak w roku 2021, w 2022 r. utworzono 28 pracowniczych programów emerytalnych. Wszystkie zaewidencjonowane w 2022 r. programy są realizowane w formie umowy z funduszem inwestycyjnym.

Rok 2022 charakteryzował się niewielkim zainteresowaniem pracodawców tworzeniem nowych PPE. Utworzenie blisko 40% powstałych w 2022 r. PPE wynikało z konieczności realizacji obowiązku ich prowadzenia w związku z dokonanymi fuzjami i przejęciami pracowników u poszczególnych pracodawców. W takiej sytuacji nowy pracodawca (przejmujący część pracowników) jest zobowiązany do utworzenia programu dla osób, które były objęte programem u dotychczasowego pracodawcy (na warunkach tożsamyh z dotychczasowymi).

W 2022 r. utrzymał się trend polegający na przewadze liczebności programów prowadzonych w formie umowy z funduszem inwestycyjnym nad innymi formami PPE.

Na koniec 2022 r. wartość wpłaconych przez pracodawców prowadzących PPE składek podstawowych wyniosła 2,7 mld zł. W porównaniu z rokiem 2021 do PPE wpłacono o 273 mln zł składek podstawowych więcej (przyrost o 11%). Wzrost kwot odprowadzanych do programów zaobserwowano we wszystkich formach PPE. Największy przyrost odnotowano w PPE prowadzonych w formie umowy z funduszem inwestycyjnym (12%). W pozostałych formach PPE przyrost wyniósł 7% w porównaniu z rokiem poprzednim.

W 2022 r. konto statystycznego uczestnika PPE zostało zasilone kwotą 5,3 tys. zł (tytułem składki podstawowej), czyli o 2000 zł większą niż w roku poprzednim. Na podwyższenie średniej rocznej składki podstawowej wpłynął wzrost kwot odprowadzonych składek podstawowych przy jednoczesnym spadku liczby uczestników czynnych (podobnie jak w roku 2021).

Statystyczny uczestnik PPE w 2022 r. przeznaczył z własnych środków 134 zł na dodatkowe wpłaty do programu (składka dodatkowa). Średnia roczna wartość odprowadzonych składek dodatkowych w przeliczeniu jedynie na osoby opłacające składkę dodatkową (nie zaś na wszystkich uczestników PPE) wyniosła natomiast 1341 zł, a więc o 352 zł więcej niż w 2021 r.

Źródło danych: Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, *Informacja o stanie rynku emerytalnego w Polsce na koniec 2022 r.*

Indywidualne konto emerytalne (IKE)

Na koniec 2022 r. indywidualne konta emerytalne były prowadzone przez:

- 14 zakładów ubezpieczeń,
- 22 towarzystwa funduszy inwestycyjnych,
- 8 domów maklerskich,
- 14 banków,
- 5 powszechnych towarzystw emerytalnych.

Łącznie miały je w ofercie 63 instytucje finansowe.

Prawo do wpłat na IKE przysługuje osobie, która skończyła 16 lat. Małoletni może dokonywać wpłat na konto emerytalne w tym roku kalendarzowym, w którym uzyskuje dochody z pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę, i w wysokości, która nie przekracza tych dochodów. Jedna osoba może mieć tylko jedno IKE.

Wpłata na IKE jest opodatkowana, a podatek jest pobierany od przychodu, z którego pochodzi składka na to konto. Osoba oszczędzająca w IKE jest zwolniona z podatku od zysków kapitałowych.

Na koniec 2022 r. funkcjonowało 800,1 tys. IKE, na których zgromadzono aktywa o wartości 14,1 mld zł.

W IKE obowiązuje roczny limit wpłat składek. To równowartość 3-krotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok, określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o przewidywanym budżetowym. W 2022 r. limit ten wyniósł 17 766 zł, a w 2023 r. – 20 805 zł.

Przeciętny stan rachunku IKE w 2022 r. to 17,6 tys. zł.

Wypłata środków z IKE jest nieopodatkowana. Aby wypłacić środki z IKE, trzeba skończyć 60 lat albo uzyskać uprawnienia emerytalne i skończyć 55 lat.

Źródło danych: Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, *Informacja o stanie rynku emerytalnego w Polsce na koniec 2022 r.*

Indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE)

Na koniec 2022 r. indywidualne konta zabezpieczenia emerytalnego prowadzone były przez:

- 9 zakładów ubezpieczeń,
- 22 towarzystwa funduszy inwestycyjnych,
- 7 domów maklerskich,
- 3 banki,
- 7 powszechnych towarzystw emerytalnych.

Łącznie miało je w ofercie 48 instytucji finansowych.

Prawo do wpłat na IKZE przysługuje osobie, która skończyła 16 lat. Może ona wpłacać środki na konto emerytalne tylko w roku kalendarzowym, w którym uzyskuje dochody z umowy o pracę, i w wysokości, która nie przekracza tych dochodów.

Osoba oszczędzająca w IKZE może odliczyć wpłaty na to konto od podstawy opodatkowania. Jedna osoba może mieć jedno IKZE.

Na koniec 2022 r. IKZE posiadało 475,5 tys. osób. Łączna wartość rachunków IKZE wyniosła 6,6 mld zł.

W IKZE obowiązuje roczny limit wpłat składek, który jest równy 1,2-krotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok, określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o przewidywanym budżetowym. W 2022 r. limit ten wynosił 7106,40 zł, a w 2023 r. – 8322 zł.

Za wypłatę środków z IKZE w momencie skończenia 65 lat trzeba zapłacić zryczałowany podatek w wysokości 10% przychodu. Opodatkowanie to dotyczy również wypłat z IKZE na rzecz osoby uprawnionej na wypadek śmierci oszczędzającego.

Źródło danych: Urząd Komisji Nadzoru Finansowego, *Informacja o stanie rynku emerytalnego w Polsce na koniec 2022 r.*

Pracownicze plany kapitałowe (PPK)

Pracownicze plany kapitałowe reguluje ustawa z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych. Od 1 stycznia 2021 r. PPK automatycznie obejmują wszystkich pracowników w wieku od 18 do 54 lat, za których pracodawca odprowadza składki emerytalno-rentowe. Programem tym nie są objęte osoby samozatrudnione, pracownicy służb mundurowych oraz rolnicy. Pracownicy w wieku od 55 do 69 lat mogą uczestniczyć w PPK na podstawie oświadczenia woli.

Pracownicze plany kapitałowe stanowią obowiązkowy pakiet świadczeń pracowniczych. Pracodawca ma obowiązek wybrać instytucję prowadzącą PPK oraz utworzyć PPK dla swoich pracowników.

W ramach PPK pracownik oraz pracodawca wpłacają na konto pracownika składkę podstawową (obowiązkową) oraz składkę dodatkową (dobrowolną). Ponadto uczestnik PPK może otrzymać specjalne dopłaty finansowane z Funduszu Pracy.

Wysokość składek wpłacanych na konto uczestnika PPK:

	Składka od wynagrodzenia brutto pracownika, którą opłaca:	
	pracodawca	pracownik
Składka podstawowa (obowiązkowa)	1,5%	2%
Składka dodatkowa (dobrowolna)	do 2,5%	do 2%

Uczestnik PPK, którego wynagrodzenie, nawet z różnych źródeł, jest niższe niż 120% minimalnego wynagrodzenia, może odprowadzać obniżoną składkę – od 0,5% do 2% wynagrodzenia brutto.

Dopłaty dla uczestnika PPK finansowane z Funduszu Pracy

Każdy uczestnik PPK otrzymuje wpłatę powitalną w wysokości 250 zł. Dodatkowo uczestnik PPK otrzyma dopłatę roczną w wysokości 240 zł, jeśli kwota wpłaconych składek podstawowych i dodatkowych jest równa przynajmniej kwocie wpłat podstawowych należnych od 6-krotności minimalnego wynagrodzenia. W przypadku kiedy uczestnik PPK ma obniżoną składkę podstawową do 0,5%, dopłata roczna przysługuje mu wówczas, gdy kwota wpłat podstawowych i dodatkowych w danym roku jest równa co najmniej 25% wpłat podstawowych wyliczonych w odniesieniu do 6-krotności minimalnego wynagrodzenia.

Wpłaty te nie są uwzględniane w wynagrodzeniu stanowiącym podstawę ustalenia wysokości składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Można je natomiast zaliczyć do kosztów uzyskania przychodu.

Środki zgromadzone na koncie uczestnika PPK mogą być inwestowane przez następujące instytucje:

- powszechne towarzystwa emerytalne,
- towarzystwa funduszy inwestycyjnych,
- pracownicze towarzystwa emerytalne,
- zakłady ubezpieczeń.

Instytucja, która tworzy pracownicze plany kapitałowe, powinna:

- mieć przynajmniej 3-letnie doświadczenie w obszarze zarządzania funduszami inwestycyjnymi (typu otwartego), emerytalnymi lub otwartymi funduszami emerytalnymi; zakład ubezpieczeń powinien wcześniej przez przynajmniej 3 lata oferować ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,
- posiadać kapitał własny (lub dopuszczone środki własne) w wysokości przynajmniej 25 mln zł, z czego co najmniej 10 mln zł powinno być w środkach płynnych (lokatach określonych dla funduszy rynku pieniężnego),
- operować odpowiednią liczbą funduszy lub subfunduszy zdefiniowanej daty.

Każda z instytucji, która zobowiąże się do prowadzenia PPK, ma obowiązek utworzyć minimum 5 funduszy zdefiniowanej daty. W każdym z nich portfel inwestycyjny powinien być zaprojektowany w taki sposób, by wraz z postępującym wiekiem członka PPK zmniejszało się ryzyko inwestycyjne.

Obowiązujące limity inwestowania w poszczególne narzędzia kapitałowe wynoszą:

- co najmniej 40% – spółki WIG20,
- maksymalnie 20% – spółki WIG40,
- maksymalnie 10% – pozostałe spółki giełdowe,
- co najmniej 20% – inwestycje zagraniczne.

W części dłużnej kapitał może być lokowany:

- co najmniej w 70% w:
 - papiery wartościowe emitowane lub gwarantowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski, jednostki samorządu terytorialnego, władze publiczne lub banki centralne państw członkowskich, Unię Europejską, Europejski Bank Centralny lub Europejski Bank Inwestycyjny lub inne papiery wartościowe gwarantowane przez organizacje, które mają rating na poziomie uznanym przez Europejski Bank Centralny,
 - depozyty o terminie zapadalności nie dłuższym niż 180 dni w bankach krajowych bądź instytucjach kredytowych, które mają rating uznany przez Europejski Bank Centralny,
- nie więcej niż 30% w inne aktywa, przy czym maksymalnie 10% z nich może być lokowane w instrumentach, które nie mają ratingu uznanego przez Europejski Bank Centralny.

Institucja finansowa, która zarządza kapitałem, otrzyma wynagrodzenie wynoszące maksymalnie 0,5% wartości aktywów netto funduszu oraz premię za wyniki wynoszącą maksymalnie 0,1% wartości zebranych aktywów.

Zgromadzone środki będą stanowić własność uczestnika PPK.

Wypłata środków uczestnikowi PPK może nastąpić:

- gdy uczestnik skończy 60 lat,
- zanim uczestnik skończy 60 lat.

Zasady wypłaty środków, gdy uczestnik skończy 60 lat

Uczestnik PPK, który skończy 60 lat, nie poniesie dodatkowych kosztów, jeśli jednorazowo wypłaci 25% zebranych środków, a pozostałe 75% – w co najmniej 120 miesięcznych ratach.

Możliwa jest również wypłata środków w formie świadczenia małżeńskiego – jeśli obie osoby skończyły 60 lat i mają konta PPK w tej samej instytucji.

Środki z PPK będzie można także przenieść na terminową lokatę bankową, o ile przewidziano w niej wypłatę ratalną przez przynajmniej 120 miesięcy.

Zasady wypłaty środków, zanim uczestnik skończy 60 lat

Uczestnik PPK, który nie skończył 60 lat, będzie mógł wycofać swoje środki:

- w przypadku poważnej choroby (m.in. nowotworu złośliwego, udaru mózgu, zawału serca, zapalenia mózgu, stwardnienia zanikowego bocznego, choroby Alzheimera, choroby Parkinsona) swojej albo swojego małżonka lub dziecka; jest to bezwrotna wypłata do 25% środków zgromadzonych na koncie PPK,
- z przeznaczeniem na wkład własny – dla osób poniżej 45 roku życia; jest to wypłata do 100% zebranego kapitału z obowiązkiem zwrotu, przy czym zwrot nie może rozpocząć się później niż 5 lat od dnia wypłaty środków i nie może trwać dłużej niż 15 lat od dnia wypłaty środków.

Wycofanie środków przed ukończeniem 60 lat spowoduje utratę 30% składek opłacanych przez pracodawcę (trafią one do ZUS) oraz wszystkich dopłat od rządu. Oprócz tego uczestnik PPK będzie musiał zapłacić podatek dochodowy od zysków kapitałowych (obecnie wynosi on 19%).

Przed ukończeniem 60 lat członek PPK ma prawo w dowolnym momencie przenieść środki do innego PPK, na IKE lub do PPE – swojego lub osoby uprawnionej.

Gdy uczestnik PPK skończy 60 lat i rozpocznie wypłatę środków, na jego konto nie będą już przekazywane ani składki, ani dopłaty od rządu – nawet wówczas, jeśli taka osoba będzie nadal pracować.

5.2.3. Emerytura pomostowa

Prawo do emerytury pomostowej przysługuje pracownikowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

- urodził się po 31 grudnia 1948 r.,
- jego staż pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze wynosi co najmniej 15 lat,
- skończył co najmniej 55 lat (kobieta) albo 60 lat (mężczyzna),
- jego staż ubezpieczeniowy (suma okresów składkowych i nieskładkowych) wynosi co najmniej 20 lat dla kobiety albo 25 lat dla mężczyzny,
- przed 1 stycznia 1999 r. wykonywał pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze,
- po 31 grudnia 2008 r. wykonywał pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

Wysokość emerytury pomostowej ZUS ustala podobnie jak wysokość nowej emerytury. Zawsze jednak przyjmuje się średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku 60 lat, bez względu na to, kiedy ubezpieczony faktycznie przeszedł na tę emeryturę.

Prawo do emerytury pomostowej ustaje dzień przed uzyskaniem przez ubezpieczonego prawa do emerytury powszechnej. Jeżeli uprawniony do emerytury pomostowej nie

ma prawa do emerytury, ustaje ono w przeddzień osiągnięcia powszechnego wieku emerytalnego.

Emerytury pomostowe finansowane są głównie z budżetu państwa. Część kosztów pokrywają pracodawcy ze składki odprowadzanej na Fundusz Emerytur Pomostowych (zob. pkt 4.3).

W 2022 r. ZUS wypłacał emerytury pomostowe przeciętnie 39,1 tys. emerytów. Średnia wysokość takiej emerytury wynosiła 3814,97 zł.

Wydatki na wypłaty emerytur pomostowych w 2022 r. wyniosły 1 787 716,1 tys. zł.

5.2.4. Zamiana renty z tytułu niezdolności do pracy na emeryturę

ZUS przyzna emeryturę z urzędu (bez konieczności składania wniosku) osobom, które otrzymują rentę z tytułu niezdolności do pracy, po osiągnięciu przez nie wieku emerytalnego.

Emerytura z urzędu przysługuje niezależnie od okresu ubezpieczenia.

ZUS nie przyznaje emerytury z urzędu osobie, która:

- ma rentę z tytułu niezdolności do pracy z powodu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej,
- sama złoży wniosek o emeryturę z tytułu osiągnięcia powszechnego wieku emerytalnego.

Wysokość emerytury z urzędu nie może być niższa od:

- wysokości renty z tytułu niezdolności do pracy, którą dana osoba pobiera,
- kwoty minimalnej emerytury, jeżeli dana osoba ma wymagany okres ubezpieczenia; w 2023 r. minimalna emerytura wynosi 1588,44 zł.

Emeryturę z urzędu ZUS wypłaca od dnia, w którym dana osoba osiągnie powszechny wiek emerytalny. Dotyczy to również przypadków wcześniejszego zawieszenia wypłacania renty, np. z powodu przekroczenia limitu przychodu. Wraz z przyznaniem prawa do emerytury z urzędu ustaje prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

5.2.5. Rodzicielskie świadczenie uzupełniające „Mama 4+”

Świadczenie uzupełniające „Mama 4+” przysługuje osobie, która wychowała co najmniej 4 dzieci i nie posiada niezbędnych środków utrzymania. Świadczenie to jest realizowane na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym. ZUS wypłaca je od marca 2019 r.

Celem programu jest zapewnienie dochodu osobom, które zrezygnowały z zatrudnienia lub go nie podjęły ze względu na wychowywanie dzieci w rodzinach wielodzietnych.

Rodzicielskie świadczenie uzupełniające może być przyznane – bez względu na to, czy dana osoba miała opłacane składki na ubezpieczenia społeczne – po spełnieniu wszystkich wymienionych poniżej warunków:

- matce, która urodziła i wychowała minimum 4 dzieci, albo ojcu, który wychował co najmniej 4 dzieci – w przypadku śmierci matki dzieci albo porzucenia dzieci przez matkę,
- osobie, która nie posiada środków niezbędnych do życia i która osiągnęła wiek emerytalny wynoszący 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn,
- osobie, która mieszka w Polsce i której tzw. ośrodek interesów życiowych przez co najmniej 10 lat po ukończeniu 16 roku życia znajduje się w Polsce,
- obywatelowi Polski lub posiadającemu prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium Polski obywatelowi państwa członkowskiego UE/EFTA lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, lub cudzoziemcowi legalnie przebywającemu na terytorium Polski.

Świadczenie dla osoby, która nie ma prawa do żadnego świadczenia, jest równe kwocie minimalnej emerytury, która od 1 marca 2023 r. wynosi 1588,44 zł. Dla osoby, która pobiera już świadczenie niższe od minimalnej emerytury, świadczenie rodzicielskie uzupełnia pobierane świadczenie do kwoty minimalnej emerytury.

Świadczenie rodzicielskie uzupełniane do kwoty minimalnej emerytury może być również wypłacane przez inny organ emerytalny, jeżeli osoba uprawniona pobiera od tego organu świadczenie niższe od kwoty najniższej emerytury, np. policyjną rentę inwalidzką III grupy w wysokości nieprzekraczającej kwoty najniższej emerytury, i jeżeli prezes ZUS lub prezes KRUS przyznał jej rodzicielskie świadczenie uzupełniające.

Świadczenie wypłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Świadczenie i koszty jego obsługi są finansowane z budżetu państwa.

Rodzicielskie świadczenie uzupełniające jest corocznie waloryzowane.

5.3. Renta z tytułu niezdolności do pracy

Renta z tytułu niezdolności do pracy jest świadczeniem przysługującym osobom, które nie mogą pracować zarobkowo z powodu złego stanu zdrowia.

Renta z tytułu niezdolności do pracy przysługuje osobie, która:

- jest niezdolna do pracy,
- ma staż ubezpieczeniowy (suma okresów składkowych i nieskładkowych) wynoszący co najmniej 5 lat, uzyskany w okresie 10 lat poprzedzających złożenie wniosku lub powstanie niezdolności do pracy; jeśli niezdolność do pracy powstała

przed ukończeniem przez tę osobę 30 lat, wymagany okres ubezpieczeniowy jest odpowiednio krótszy; osoba, której niezdolność wynika z wypadku w drodze do pracy lub z pracy, nie musi spełniać tego warunku,

- stała się niezdolna do pracy w czasie okresu składkowego albo nieskładkowego wskazanego w ustawie emerytalnej lub w ciągu 18 miesięcy od ustania tego okresu; osoba, która ma co najmniej 20 lat (kobieta) albo 25 lat (mężczyzna) okresów składkowych i nieskładkowych oraz jest całkowicie niezdolna do pracy, nie musi spełniać tego warunku,
- nie ma ustalonego prawa do emerytury z FUS lub nie spełnia warunków, aby je ustalić.

Warunku udokumentowania 5-letniego stażu ubezpieczeniowego w ciągu 10 lat przed powstaniem niezdolności lub złożeniem wniosku nie musi spełnić także osoba, która spełnia oba poniższe warunki:

- została uznana za całkowicie niezdolną do pracy,
- ma okres składkowy wynoszący co najmniej 25 lat (kobieta) lub 30 lat (mężczyzna).

Orzeczenia dla potrzeb świadczeń z ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń, które wypłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wydają lekarze orzecznicy ZUS i komisje lekarskie ZUS. Oceniają niezdolność do pracy i jej stopień na podstawie dokumentacji medycznej ubezpieczonego oraz badania. Ustalają również:

- kiedy powstała niezdolność do pracy,
- czy niezdolność jest trwała, a jeśli nie, to jak długo może się utrzymać,
- czy był związek niezdolności do pracy lub śmierci z określonymi okolicznościami,
- czy ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji,
- czy ubezpieczony może i powinien się przekwalifikować.

Osoba niezdolna do pracy to osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność świadczenia pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i która nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu.

Osoba całkowicie niezdolna do pracy to osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy.

Osoba częściowo niezdolna do pracy to osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do wykonywania pracy zgodnej ze swoimi kwalifikacjami.

Lekarz orzecznik ZUS lub komisja lekarska ZUS orzeka niezdolność do pracy na maksymalnie 5 lat. Okres ten może być dłuższy, jeśli według wiedzy medycznej ubezpieczony nie odzyska zdolności do pracy przed jego upływem. Renta przysługuje ubezpieczonemu w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, który ZUS wskazuje w decyzji.

Komisja lekarska ZUS rozpatruje sprawę, jeżeli:

- zainteresowany nie zgadza się z orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS i wniósł sprzeciw w ciągu 14 dni od dnia, w którym otrzymał orzeczenie,
- prezes ZUS zgłosi zarzut wadliwości orzeczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym lekarz orzecznik ZUS wydał orzeczenie.

Dla ZUS podstawą do wydania decyzji w sprawie renty z tytułu niezdolności do pracy jest:

- orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości,
- orzeczenie komisji lekarskiej ZUS.

Renta z tytułu niezdolności do pracy, która powstała wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, przysługuje niezależnie od długości okresu ubezpieczenia wypadkowego i bez względu na datę powstania tej niezdolności.

Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy wynosi:

- 24% kwoty bazowej,
- 1,3% podstawy wymiaru za każdy rok okresów składkowych,
- 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych (okresy nieskładkowe ZUS uwzględnia tylko w części, która nie przekracza 1/3 udowodnionych okresów składkowych),
- 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok okresu, którego brakuje renciście do pełnych 25 lat okresu ubezpieczeniowego – od dnia zgłoszenia wniosku o rentę do dnia, w którym rencista osiągnąłby 60 lat, czyli wiek emerytalny dla kobiet.

Wypadek przy pracy to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało uraz lub śmierć i które nastąpiło w związku z pracą.

Choroba zawodowa to choroba wymieniona w wykazie chorób zawodowych, jeżeli spowodowały ją: działanie czynników szkodliwych dla zdrowia, które występują w środowisku pracy, lub sposób wykonywania pracy.

Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy wynosi 75% renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

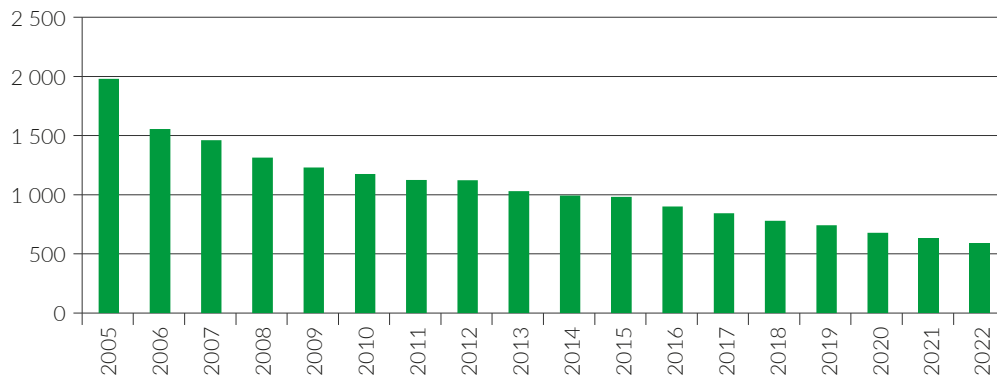
Jeżeli lekarz orzecznik ZUS uznał osobę uprawnioną do renty za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji, przysługuje jej dodatek pielęgnacyjny (zob. pkt 5.14).

Wysokość renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej oblicza się podobnie jak rentę z tytułu niezdolności do pracy. Nie może ona być jednak niższa niż:

- 60% podstawy wymiaru renty – dla osoby częściowo niezdolnej do pracy,
- 80% podstawy wymiaru renty – dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy,
- 100% podstawy wymiaru renty – dla osoby uprawnionej do renty szkoleniowej.

Podstawę wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy, która jest spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, ZUS może ustalić na podstawie wskaźnika wysokości podstawy wymiaru wyższego niż 250%. W przypadku zastosowania przez ZUS takiego wskaźnika nie obowiązują podane gwarancje.

Liczba osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy w latach 2005–2022 (w tys.)



Liczba osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy w latach 2005–2022

Rok	Liczba osób, które pobierały rentę z tytułu niezdolności do pracy (w tys.)
2005	1 975
2006	1 556
2007	1 474
2008	1 381
2009	1 288
2010	1 228
2011	1 174
2012	1 121
2013	1 075
2014	1 034
2015	983
2016	934
2017	876
2018	779
2019	726
2020	664
2021	639
2022	594

W 2022 r. rentę z tytułu niezdolności do pracy pobierało 593,9 tys. osób. Jej przeciętna wysokość wynosiła 2259,97 zł miesięcznie.

Rentę z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w 2022 r. miesięcznie pobierało średnio 140,7 tys. osób, z czego:

- 68,1 tys. osób – z tytułu chorób zawodowych,
- 63,9 tys. osób – z tytułu wypadków przy pracy,
- 8,7 tys. osób – z tytułu wypadków w drodze do pracy albo z pracy.

5.3.1. Świadczenie uzupełniające „500+” dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji

Świadczenie uzupełniające „500+” przysługuje osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji i przyznawane jest na podstawie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Świadczenie przysługuje osobie, która:

- skończyła 18 lat,
- jest niezdolna do samodzielnej egzystencji (niezdolność do samodzielnej egzystencji jest potwierdzona orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji),
- nie ma prawa do emerytury ani renty, nie ma prawa do innego świadczenia pieniężnego finansowanego ze środków publicznych, np. zasiłku stałego albo zasiłku okresowego (warunek nie dotyczy jednorazowych świadczeń) ani nie ma prawa do świadczenia z zagranicznej instytucji właściwej do spraw emerytalno-rentowych, albo ma prawo do tych świadczeń, ale ich łączna wysokość brutto nie przekracza 2157,80 zł,
- mieszka w Polsce,
- ma polskie obywatelstwo albo prawo pobytu lub prawo stałego pobytu w Polsce, gdy jest obywatelem jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej albo Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), albo Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, albo zalegalizowany pobyt w Polsce, jeżeli jest obywatelem państwa spoza UE/EFTA bądź spoza Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

Świadczenie uzupełniające nie przysługuje osobie, która jest tymczasowo aresztowana lub odbywa karę pozbawienia wolności. Świadczenie to może przysługiwać w przypadku odbywania kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.

Świadczenie uzupełniające w wysokości 500 zł przysługuje osobie, która:

- nie ma ustalonego prawa do emerytury, renty lub innego świadczenia pieniężnego finansowanego ze środków publicznych,
- pobiera takie świadczenie, ale jego wysokość nie przekracza 1657,80 zł brutto.

W przypadku osoby, która pobiera emeryturę, rentę lub inne świadczenia finansowane ze środków publicznych, a łączna kwota brutto tych świadczeń wynosi więcej niż 1657,80 zł, ale jest niższa niż 2157,80 zł, wysokość świadczenia uzupełniającego będzie niższa niż 500 zł. Będzie to różnica między kwotą 2157,80 zł a łączną kwotą przysługujących świadczeń.

Do dochodu wlicza się emerytury, renty i inne świadczenia pieniężne finansowane ze środków publicznych, również świadczenia wypłacane przez zagraniczne instytucje właściwe do spraw emerytalno-rentowych. Natomiast do dochodu nie wlicza się renty rodzinnej przyznanej dziecku, które stało się całkowicie niezdolne do pracy oraz niezdolne do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolne do pracy przed ukończeniem 16 roku życia lub w czasie nauki w szkole przed ukończeniem 25 roku życia.

Świadczenie wypłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Świadczenie i koszty jego obsługi są finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego.

Osobom uprawnionym do świadczeń z systemu zaopatrzeniowego świadczenia uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji wypłacają w zbiegu ze świadczeniami policyjnymi lub wojskowymi właściwe organy emerytalne służb mundurowych albo wojskowe organy emerytalne. W takim przypadku świadczenia uzupełniające finansowane są z budżetu państwa.

5.4. Renta szkoleniowa

Renta szkoleniowa przysługuje osobie, która spełnia warunki wymagane do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy, jeżeli lekarz orzecznik ZUS lub komisja lekarska ZUS stwierdzili, że powinna się przekwalifikować, ponieważ jest niezdolna do pracy w dotychczasowym zawodzie.

Renta szkoleniowa przyznawana jest zwykle na 6 miesięcy. Okres ten można jednak skrócić lub wydłużyć.

ZUS wydłuża go na wniosek starosty o czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego. Nie może on jednak trwać dłużej niż kolejne 30 miesięcy.

ZUS skraca ten okres, gdy otrzyma od starosty informację, że nie można przekwalifikować osoby do innego zawodu lub że nie poddaje się ona przekwalifikowaniu zawodowemu.

Renta szkoleniowa wynosi:

- 75% podstawy wymiaru renty,
- 100% podstawy wymiaru renty, gdy niezdolność do pracy jest skutkiem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Wysokość renty nie może być niższa niż minimalna renta dla osoby częściowo niezdolnej do pracy.

Renta nie przysługuje, jeśli osoba otrzymuje wynagrodzenie lub osiąga przychód. Nie ma przy tym znaczenia jego wysokość.

5.5. Renta rodzinna

Renta rodzinna przysługuje uprawnionym członkom rodziny osoby, która w chwili śmierci miała prawo do emerytury albo spełniała warunki wymagane do jej uzyskania, miała ustalone prawo do emerytury pomostowej lub miała ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy albo spełniała warunki wymagane do jej przyznania. Przy ustalaniu prawa do tej renty ZUS przyjmuje, że zmarły był całkowicie niezdolny do pracy.

Renta rodzinna przysługuje także uprawnionym członkom rodziny osoby, która w chwili śmierci pobierała zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne. W takim przypadku ZUS przyjmuje, że zmarły spełniał warunki do uzyskania renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. Renta rodzinna nie przysługuje, jeśli osoba zmarła pobierała okresową emeryturę kapitałową.

Do renty rodzinnej mają prawo:

- dzieci własne, drugiego małżonka, przysposobione:
 - do momentu ukończenia 16 lat,
 - do zakończenia nauki w szkole, jeżeli przekroczyły 16 rok życia, nie dłużej jednak niż do skończenia 25 lat (jeżeli dziecko skończyło 25 lat na ostatnim roku studiów w szkole wyższej, prawo do renty rodzinnej przedłuża się do zakończenia tego roku studiów),
 - bez względu na wiek, jeśli stały się całkowicie niezdolne do pracy przed ukończeniem 16 lat lub – w przypadku kontynuowania nauki w szkole – przed ukończeniem 25 lat,
- wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, jeżeli spełniają takie warunki jak dzieci własne, a ponadto:
 - zostały przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności co najmniej na rok przed śmiercią ubezpieczonego lub emeryta czy rencisty, chyba że śmierć była następstwem wypadku (z wyjątkiem dzieci przyjętych na wychowanie i utrzymanie w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka),
 - nie mają prawa do renty po zmarłych rodzicach, a gdy rodzice żyją, jeżeli nie mogą zapewnić im utrzymania, albo ubezpieczony/ emeryt/ rencista lub jego małżonek był opiekunem dzieci ustanowionym przez sąd,
- małżonek (wdowa, wdowiec po ubezpieczonym, emerycie, renciście), jeśli spełnia jeden z poniższych warunków:
 - w chwili śmierci współmałżonka miał skończone 50 lat lub był niezdolny do pracy,

- wychowuje co najmniej jedno z dzieci, wnuków lub rodzeństwa, które jest uprawnione do renty rodzinnej po zmarłym współmałżonku i nie skończyło 16 lat albo – jeżeli się uczy – 18 lat,
- opiekuje się dzieckiem całkowicie niezdolnym do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolnym do pracy, uprawnionym do renty rodzinnej,
- skończył 50 lat lub stał się niezdolny do pracy w ciągu 5 lat od śmierci współmałżonka lub odkąd przestał wychowywać uprawnione dzieci,
- małżonka lub małżonek rozwiedziony albo wdowa lub wdowiec, którzy w chwili śmierci współmałżonka nie pozostawali z nim we wspólności małżeńskiej, jeżeli spełniają warunki dla wdowy lub wdowca, a oprócz tego mieli w dniu śmierci współmałżonka prawo do alimentów z jego strony ustalone w sądzie; również była żona lub żona pozostająca w separacji, jeśli udowodni, że bezpośrednio przed śmiercią zmarłego otrzymywała alimenty na podstawie porozumienia między nią a zmarłym,
- małżonek (wdowa lub wdowiec), który nie spełnia warunków, lecz nie posiada niezbędnych źródeł utrzymania; prawo do renty może zostać przyznane:
 - na maksymalnie rok od śmierci współmałżonka,
 - na maksymalnie 2 lata od śmierci współmałżonka, jeżeli wdowa lub wdowiec uczestniczy w szkoleniu, po którym ma uzyskać kwalifikacje do pracy zarobkowej,
- rodzic zmarłego (matka, ojciec, ojczym, macocha, osoba przysposabiająca), który spełnia warunki dla wdowy i wdowca, jeżeli zmarły bezpośrednio przed śmiercią przyczynił się do jego utrzymania.

Renta rodzinna przysługuje wszystkim uprawnionym członkom rodziny w jednej łącznej kwocie. ZUS dzieli ją równo między uprawnionych:

- jednej osobie uprawnionej przysługuje 85% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu,
- dwóm osobom uprawnionym przysługuje łącznie 90% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu,
- więcej niż dwóm uprawnionym przysługuje łącznie 95% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu.

Do renty rodzinnej może przysługiwać dodatek dla sieroty zupełnej.

Na koniec 2022 r. renty rodzinne pobierały zwykle kobiety (89,1% ogółu pobierających świadczenie).

W 2022 r. renty rodzinne pobierało 1320,2 tys. osób, a przeciętna wysokość świadczenia wynosiła 2549,93 zł miesięcznie.

5.6. Świadczenia z zakresu prewencji rentowej.

Prewencja wypadkowa

Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje zadania z zakresu prewencji rentowej oraz prewencji wypadkowej.

5.6.1. Prewencja rentowa

W ramach prewencji rentowej Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

- kieruje na rehabilitację leczniczą,
- upowszechnia wiedzę na temat działań zapobiegających zaistnieniu niezdolności do pracy.

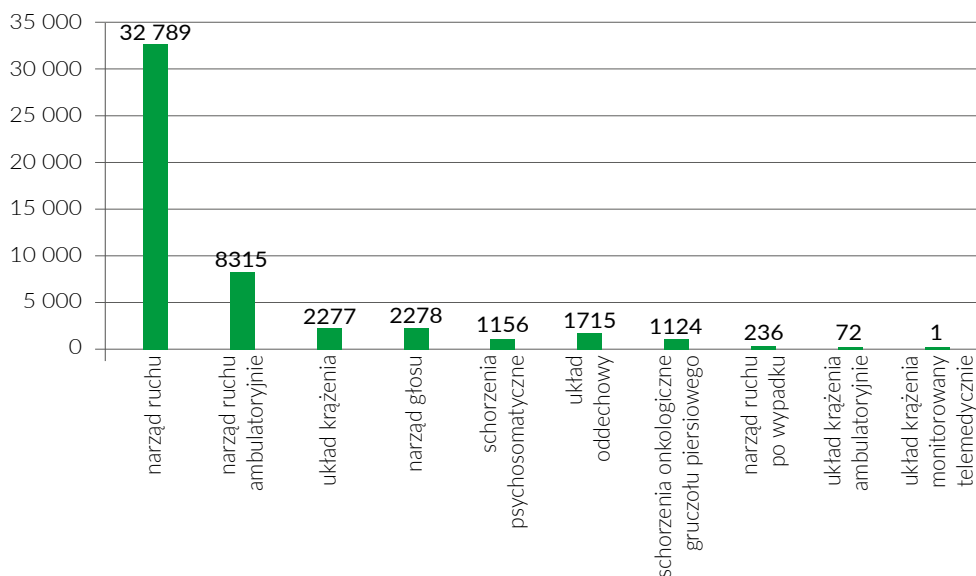
Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych niezdolnością do pracy z powodu określonych schorzeń. ZUS w całości pokrywa koszty rehabilitacji: leczenia, zakwaterowania i wyżywienia oraz dodatkowo zwraca koszty dojazdu. Zainteresowane osoby są kierowane na rehabilitację prowadzoną w systemie stacjonarnym (pobyt całodobowy w ośrodku rehabilitacyjnym) lub ambulatoryjnym (codziennie dojazdy na rehabilitację, w wyznaczonych godzinach). W ośrodku rehabilitacyjnym zabiegi i zajęcia są ustalane przez lekarza w zależności od schorzenia. Zakład Ubezpieczeń Społecznych zawiera umowy z ośrodkami, które muszą spełnić określone wymagania prawne, kadrowe, lokalowe i medyczne. Ośrodki te znajdują się na terenie całej Polski, w tym w miejscowościach uzdrowiskowych, i są wybierane w ramach ogłaszanego przez ZUS konkursu ofert z ustaloną ceną maksymalną.

Rehabilitacja odbywa się:

- w systemie stacjonarnym w schorzeniach:
 - narządu ruchu,
 - narządu ruchu po wypadkach (wczesna rehabilitacja powypadkowa),
 - układu krążenia,
 - psychosomatycznych,
 - układu oddechowego,
 - onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego,
 - narządu głosu,
- w systemie ambulatoryjnym w schorzeniach:
 - narządu ruchu,
 - układu krążenia, w tym monitorowanego telemedycznie.

W 2022 r. rehabilitację leczniczą ukończyły 49 963 osoby. Zakład Ubezpieczeń Społecznych pokrył koszty rehabilitacji w łącznej wysokości 140,4 mln zł.

Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w 2022 r.



Liczba osób, które ukończyły rehabilitację w 2022 r.*

Zakres rehabilitacji	Liczba osób
narząd ruchu	32 789
narząd ruchu ambulatoryjnie	8 315
układ krążenia	2 277
narząd głosu	2 278
schorzenia psychosomatyczne	1 156
układ oddechowy	1 715
schorzenia onkologiczne gruczołu piersiowego	1 124
narząd ruchu po wypadku	236
układ krążenia ambulatoryjnie	72
układ krążenia monitorowany telemedycznie	1
Ogółem	49 963

* dane na podstawie bazy osób, które ukończyły rehabilitację w 2022 r.

W 2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych kontynuował popularyzację wiedzy na temat prowadzonej rehabilitacji leczniczej poprzez m.in.: dofinansowanie, na kwotę 70 tys. zł, 7 przedsięwzięć naukowych, w których uczestniczyli przedstawiciele ZUS. Umożliwiło to upowszechnienie informacji o prowadzonym przez ZUS programie rehabilitacji leczniczej i pozyskanie wiedzy o najnowszych osiągnięciach medycyny, zwłaszcza w rehabilitacji

schorzeń będących podstawą rehabilitacji prowadzonej przez ZUS, a także dało możliwość wykorzystania dobrych praktyk w tym zakresie.

Informacje o prowadzonej rehabilitacji leczniczej popularyzowane są na stronie internetowej ZUS oraz w prasie. Artykuł o rehabilitacji w schorzeniach układu krążenia, dla której odnotowano tendencję spadkową w zakresie liczby wydawanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji, został zamieszczony w 122 tygodnikach i 2 dwutygodnikach wchodzących w skład porozumienia „Tygodnik Lokalny TL”.

5.6.2. Prewencja wypadkowa

W ramach prewencji wypadkowej Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

- dofinansowuje działania płatników składek na rzecz utrzymania zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej,
- analizuje przyczyny i skutki wypadków przy pracy (zwłaszcza wypadków śmiertelnych, ciężkich i zbiorowych) oraz chorób zawodowych,
- upowszechnia wiedzę o zagrożeniach powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe oraz o sposobach przeciwdziałania tym zagrożeniom,
- prowadzi prace naukowo-badawcze, które mają wyeliminować lub ograniczyć przyczyny wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

W 2022 r. wydatki na zadania z zakresu prewencji wypadkowej wyniosły łącznie 91,5 mln zł.

Od 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych dofinansowuje działania płatników składek na rzecz utrzymania zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej. Działania te płatnicy realizują w ramach projektów, które mają ograniczyć lub zniwelować wpływ czynników szkodliwych oraz uciążliwych na stanowiska pracy, a dzięki temu ograniczyć liczbę wypadków i chorób zawodowych. Od 2018 r. prezes ZUS ogłasza co roku konkurs na dofinansowanie tych projektów. Od początku funkcjonowania programu do końca 2022 r. ZUS zawarł umowy o dofinansowanie z ponad 8,5 tys. płatników składek na kwotę prawie 610 mln zł. W 2022 r. ZUS zawarł umowę na dofinansowanie projektów z 1008 płatnikami – na ten cel przeznaczył kwotę ponad 73 mln zł. Dzięki dofinansowaniu płatnicy mogli zrealizować projekty, które przyczyniły się do poprawy warunków pracy ponad 83 tys. pracowników, w tym ponad 8,6 tys. pracowników w 2022 r.

W ramach pozostałych zadań z zakresu prewencji wypadkowej Zakład Ubezpieczeń Społecznych zamawia prace naukowo-badawcze oraz analizy przyczyn i skutków wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Następnie ZUS na podstawie wniosków z tych opracowań:

- określa kierunki działań prewencyjnych,
- organizuje szkolenia z zakresu prewencji wypadkowej,
- opracowuje materiały informacyjne.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych upowszechnia wiedzę o zagrożeniach, które przyczyniają się do wypadków przy pracy i chorób zawodowych, oraz o sposobach przeciwdzia-

łania tym zagrożeniom m.in. poprzez organizowanie szkoleń, wydawanie broszur i ulotek z informacjami o bezpieczeństwie i ochronie człowieka w środowisku pracy, udział w kampaniach informacyjnych, dofinansowanie konferencji, kongresów oraz sympozjów naukowych z zakresu bezpieczeństwa w środowisku pracy.

Działania te mają na celu:

- kształtowanie właściwego podejścia pracowników oraz pracodawców do bezpieczeństwa w miejscu pracy,
- promowanie bezpiecznych zachowań.

W 2022 r. kontynuowano upowszechnianie wiedzy o zagrożeniach powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe, w tym promowanie właściwego podejścia do zagadnień bezpieczeństwa w miejscu pracy. Zorganizowano 628 szkoleń z zakresu prewencji wypadkowej. Uczestniczyły w nich łącznie 15 292 osoby, w tym 804 płatników składek, 13 679 ubezpieczonych oraz 809 innych uczestników (głównie uczniów i studentów). Wydatki na szkolenia z zakresu prewencji wypadkowej w 2022 r. wyniosły 1,74 mln zł.

W ramach realizacji zadań z zakresu prewencji wypadkowej ZUS kontynuował współpracę z Państwową Inspekcją Pracy. Podjęte zostały działania w ramach 3-letniej ogólnopolskiej kampanii „Budowa. STOP wypadkom!”, której celem jest:

- zwiększenie świadomości zagrożeń zawodowych w budownictwie,
- popularyzacja i podnoszenie wiedzy w zakresie stosowania środków ochrony zbiorowej,
- upowszechnienie informacji na temat prawidłowego stosowania środków ochrony indywidualnej,
- promowanie dobrych praktyk dotyczących kompleksowego zarządzania bezpieczeństwem na budowie.

5.7. Renta socjalna

Renta socjalna przysługuje osobie pełnoletniej uznanej za całkowicie niezdolną do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało przed ukończeniem przez nią 18 lat lub 25 lat, w czasie trwania nauki w szkole lub szkole wyższej. Świadczenie to przysługuje również wówczas, gdy naruszenie sprawności organizmu powstało w trakcie kształcenia w szkole doktorskiej, podczas studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

Prawo do renty socjalnej może zostać przyznane na stałe lub czasowo. Jeżeli w orzeczeniu lekarz orzecznik lub komisja lekarska ZUS ustalą, że całkowita niezdolność do pracy ma charakter trwały, uprawnionemu przysługuje **renta socjalna stała**. Jeżeli natomiast stwierdzą niezdolność do pracy na czas określony, przysługuje mu **renta**

socjalna okresowa (przez okres wskazany w decyzji ZUS). Jeśli zainteresowany chce mieć przedłużony okres pobierania renty socjalnej, powinien złożyć wnioszek o ponowne ustalenie uprawnień do tego świadczenia.

Renta socjalna wynosi 100% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, czyli 1338,44 zł.

ZUS zmniejszy rentę socjalną o kwotę przekroczenia, gdy uprawniony osiągnął w danym miesiącu przychód wyższy niż 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za poprzedni kwartał i nie przekroczył 130% tego wynagrodzenia.

ZUS wypłaci rentę socjalną w pełnej wysokości, gdy uprawniony osiągnął w danym miesiącu przychód niższy niż 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za poprzedni kwartał kalendarzowy. Ogłasza je prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

ZUS wydaje decyzje w sprawie rent socjalnych i wypłaca te świadczenia. Są one finansowane z budżetu państwa.

Jeżeli osoba ma uprawnienia zarówno do renty socjalnej, jak i do renty rodzinnej, ZUS obniża rentę socjalną. Łączna kwota obu świadczeń nie może przekraczać 200% najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, czyli 3176,88 zł. Kwota renty socjalnej nie może być przy tym niższa niż 10% najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, czyli 158,84 zł. Gdy kwota renty rodzinnej przekracza 200% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, renta socjalna w ogóle nie przysługuje.

Osobie uprawnionej do renty socjalnej i renty rodzinnej z systemu zaopatrzeniowego zbiegu świadczeń na zasadach przewidzianych w ustawie o rencie socjalnej dokonuje właściwy organ emerytalny wypłacający policyjną lub wojskową rentę rodzinną. Ten sam organ jest również odpowiedzialny za wypłatę świadczeń w sytuacji, gdy zaistnieje taki zbieg.

W 2022 r. ZUS wypłacił renty socjalne 291,4 tys. osób. Łączna kwota świadczeń wyniosła 4593,9 mln zł.

5.8. Świadczenie przedemerytalne

W 2022 r. łączna kwota świadczeń przedemerytalnych wyniosła 766,5 mln zł. Są one finansowane z Funduszu Pracy i przysługują osobom, które mają status bezrobotnego i spełniają warunki dotyczące m.in. trybu rozwiązania stosunku pracy, wieku oraz okresu ubezpieczenia.

Do świadczenia przedemerytalnego może mieć prawo osoba, która znajduje się w jednej z następujących sytuacji:

Sytuacja 1

- stosunek pracy lub stosunek służbowy rozwiązano z powodu likwidacji lub niewypłacalności pracodawcy,
- zatrudnienie u tego pracodawcy trwało co najmniej 6 miesięcy,
- przed dniem rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego u tego pracodawcy:
 - osoba skończyła co najmniej 56 lat (kobieta) albo 61 lat (mężczyzna),
 - jej staż ubezpieczenia wynosił co najmniej 20 lat (kobieta) albo 25 lat (mężczyzna).

Sytuacja 2

- stosunek pracy lub stosunek służbowy rozwiązano z przyczyn dotyczących zakładu pracy,
- zatrudnienie u tego pracodawcy trwało co najmniej 6 miesięcy,
- przed dniem rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego u tego pracodawcy:
 - osoba skończyła co najmniej 55 lat (kobieta) albo 60 lat (mężczyzna),
 - jej staż ubezpieczenia wynosił co najmniej 30 lat (kobieta) albo 35 lat (mężczyzna).

Sytuacja 3

- osoba przez co najmniej 24 miesiące prowadziła nieprzerwanie pozarolniczą działalność i opłacała składki na ubezpieczenia społeczne za ten okres,
- ogłosiła upadłość,
- do dnia ogłoszenia upadłości:
 - skończyła co najmniej 56 lat (kobieta) albo 61 lat (mężczyzna),
 - jej okres ubezpieczenia wynosił co najmniej 20 lat (kobieta) albo 25 lat (mężczyzna).

Sytuacja 4

- osoba zarejestrowała się we właściwym powiatowym urzędzie pracy w ciągu 30 dni, od kiedy ustało jej prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, którą pobierała nieprzerwanie przez co najmniej 5 lat,
- do dnia, w którym ustało prawo do renty:
 - skończyła co najmniej 55 lat (kobieta) albo 60 lat (mężczyzna),
 - jej staż ubezpieczeniowy wynosił co najmniej 20 lat (kobieta) albo 25 lat (mężczyzna).

Sytuacja 5

- osoba zarejestrowała się we właściwym powiatowym urzędzie pracy w ciągu 60 dni, od kiedy ustało jej prawo do jednego z poniższych świadczeń:
 - świadczenia pielęgnacyjnego,
 - specjalnego zasiłku opiekuńczego,
 - zasiłku dla opiekuna,
- pobierała jedno z tych świadczeń nieprzerwanie przez co najmniej 365 dni, o ile utrata prawa do niego była spowodowana śmiercią osoby, którą się opiekowała,
- do dnia, w którym ustało prawo do jednego z tych świadczeń:
 - ukończyła co najmniej 55 lat (kobieta) albo 60 lat (mężczyzna),
 - jej staż ubezpieczenia wynosił co najmniej 20 lat (kobieta) albo 25 lat (mężczyzna).

Sytuacja 6

- stosunek pracy rozwiązano z przyczyn dotyczących zakładu pracy,
- osoba była w nim zatrudniona przez co najmniej 6 miesięcy,

- przed dniem rozwiązania stosunku pracy staż ubezpieczenia wynosił co najmniej 35 lat (kobieta) albo 40 lat (mężczyzna).

Sytuacja 7

- stosunek pracy lub stosunek służbowy rozwiązano z powodu likwidacji bądź niewypłacalności pracodawcy,
- osoba była zatrudniona u tego pracodawcy przez co najmniej 6 miesięcy,
- do 31 grudnia roku poprzedzającego rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego staż ubezpieczenia tej osoby wynosił co najmniej 34 lata (kobieta) albo 39 lat (mężczyzna).

Osobie, która znajduje się w jednej z 7 opisanych sytuacji, świadczenie przedemerytalne będzie przysługiwało wówczas, gdy przez co najmniej 180 dni pobierała zasiłek dla bezrobotnych i spełnia łącznie następujące warunki:

- nadal jest zarejestrowana jako bezrobotna,
- w czasie pobierania zasiłku dla bezrobotnych nie odmówiła bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji zatrudnienia, pracy zarobkowej albo prac interwencyjnych i robót publicznych,
- w ciągu 30 dni od wydania przez powiatowy urząd pracy dokumentu poświadczającego pobieranie przez 180 dni zasiłku dla bezrobotnych złożyła wniosek o przyznanie świadczenia przedemerytalnego.

Od 1 marca 2022 r. kwota świadczenia przedemerytalnego wynosi 1600,70 zł i jest waloryzowana.

W 2022 r. ZUS wypłacił świadczenia przedemerytalne 48,6 tys. osób. Łączna kwota świadczeń wyniosła 766,5 mln zł. Świadczenia te finansowane są z Funduszu Pracy.

5.9. Wynagrodzenie chorobowe i zasiłek chorobowy

Wynagrodzenie chorobowe i zasiłek chorobowy przysługują za czas niezdolności do pracy z powodu choroby albo za czas niemożności wykonywania pracy z powodu odosobnienia, m.in. w związku z chorobą zakaźną.

Wynagrodzenie chorobowe finansuje pracodawca. Wypłaca je pracownikowi przez pierwsze 33 dni niezdolności do pracy w roku kalendarzowym. W przypadku pracownika, który skończył 50 lat, wynagrodzenie chorobowe przysługuje przez pierwsze 14 dni w roku kalendarzowym (po roku, w którym pracownik ukończył 50 lat).

Wynagrodzenie za czas choroby przysługuje w wysokości odpowiednio:

- 80% podstawy wymiaru (przepisy prawa pracy obowiązujące u danego pracodawcy mogą przewidywać wyższe wynagrodzenie z tego powodu),

- 100% podstawy wymiaru, jeżeli niezdolność do pracy:
 - spowodował wypadek w drodze do pracy lub z pracy,
 - przypada w czasie ciąży,
 - wynika z tego, że pracownik poddał się niezbędnym badaniom lekarskim wykonywanym kandydatom na dawców lub zabiegowi pobrania komórek, tkanek lub narządów.

Prawo do wynagrodzenia chorobowego pracownicy uzyskują po 30 dniach nieprzerwanego ubezpieczenia (tzw. okres wyczekiwania).

Prawo do wynagrodzenia chorobowego na takich samych zasadach jak pracownicy mają również osoby, które wykonują pracę nakładczą i odbywają służbę zastępczą.

Wynagrodzenie chorobowe oblicza się według zasad stosowanych przy obliczaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Podstawa wymiaru wynagrodzenia chorobowego to przeciętne miesięczne wynagrodzenie z ostatnich 12 miesięcy, które poprzedzają miesiąc powstania niezdolności do pracy. Jeżeli powstała ona przed upływem 12 miesięcy pracy, podstawę wymiaru pracodawca ustala na podstawie faktycznego okresu zatrudnienia za pełne miesiące kalendarzowe. Ustalając podstawę wymiaru, pracodawca uwzględnia wynagrodzenie, od którego została naliczona składka na ubezpieczenie chorobowe, i pomniejsza je o potrącone składki na ubezpieczenia społeczne.

Zasiłek chorobowy przysługuje pracownikowi po zakończeniu okresu pobierania wynagrodzenia chorobowego, czyli odpowiednio od:

- 34 dnia niezdolności do pracy w roku kalendarzowym,
- 15 dnia niezdolności w roku kalendarzowym, jeśli pracownik ukończył 50 lat.

Prawo do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia obowiązkowego przysługuje po 30 dniach okresu wyczekiwania.

Osoba, która dobrowolnie zgłosiła się do ubezpieczenia chorobowego (np. prowadząca działalność gospodarczą, zleceniobiorca), ma prawo do zasiłku chorobowego już od pierwszego dnia niezdolności do pracy. Jednak zasiłek chorobowy przysługuje jej dopiero po 90 dniach okresu wyczekiwania.

Do okresu wyczekiwania dolicza się poprzednie okresy objęcia ubezpieczeniem chorobowym, zarówno obowiązkowo, jak i dobrowolnie, w następujących sytuacjach:

- gdy przerwa między obecnym a poprzednim okresem nie przekroczyła 30 dni,
- gdy przerwa między obecnym a poprzednim okresem była spowodowana:
 - urlopem wychowawczym,
 - urlopem bezpłatnym,
 - czynną służbą wojskową żołnierza niezawodowego.

Niektóre grupy ubezpieczonych mają prawo do zasiłku chorobowego od pierwszego dnia ubezpieczenia chorobowego. Są to:

- absolwenci szkół lub uczelni oraz osoby, które zakończyły kształcenie w szkole doktor-skiej, jeśli zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym lub przystąpili do niego w ciągu

90 dni od ukończenia szkoły, uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych lub zakończenia kształcenia w szkole doktorskiej,

- osoby, których niezdolność do pracy była spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
- osoby, które są ubezpieczone obowiązkowo, a wcześniej były objęte obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym przez co najmniej 10 lat,
- posłowie i senatorowie, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od zakończenia kadencji,
- funkcjonariusze Służby Celnej, którzy przyjęli propozycję pracy na podstawie art. 165 ust. 7 i art. 167 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowej Administracji Skarbowej i stali się pracownikami jednostek organizacyjnych Krajowej Administracji Skarbowej.

ZUS lub pracodawca wypłaca zasiłek chorobowy maksymalnie przez 182 dni. Wyjątkiem są sytuacje, gdy niezdolność do pracy jest spowodowana gruźlicą albo przypada na okres ciąży – wtedy okres wypłaty zasiłku wynosi 270 dni. Od 1 stycznia 2022 r. za okres niezdolności do pracy lub niemożności wykonywania pracy przypadający po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego zasiłek chorobowy przysługuje nie dłużej niż przez 91 dni z wyjątkiem:

- niezdolności do pracy przypadającej w okresie ciąży,
- niezdolności do pracy spowodowanej gruźlicą,
- niezdolności powstałej wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów.

Zasiłek chorobowy wynosi:

- 80% podstawy wymiaru zasiłku,
- 100% podstawy wymiaru zasiłku, gdy niezdolność do pracy:
 - była spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
 - przypada w czasie ciąży,
 - wynika z tego, że pracownik poddał się niezbędnym badaniom lekarskim wykonywanym kandydatom na dawców lub zabiegowi pobrania komórek, tkanek lub narządów.

Gdy niezdolność do pracy była spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, osobie ubezpieczonej przysługuje zasiłek chorobowy, ale z ubezpieczenia wypadkowego. To świadczenie należy się już od pierwszego dnia ubezpieczenia oraz od pierwszego dnia niezdolności do pracy. Wynosi ono 100% podstawy wymiaru.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego pracownikowi to przeciętne miesięczne wynagrodzenie z 12 miesięcy kalendarzowych sprzed powstania niezdolności do pracy. Od tego wynagrodzenia musiała zostać naliczona składka na ubezpieczenie chorobowe, a ono samo – pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne.

Z kolei podstawa wymiaru zasiłku ubezpieczonego, który nie jest pracownikiem, to przeciętny miesięczny przychód z 12 miesięcy kalendarzowych sprzed powstania niezdolności

do pracy. Bierze się przy tym pod uwagę przychód, od którego naliczono składkę na ubezpieczenie chorobowe, i pomniejsza go o to ubezpieczenie.

Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem 12 miesięcy kalendarzowych, podstawę wymiaru zasiłku ustala się na podstawie faktycznego okresu zatrudnienia lub ubezpieczenia za pełne miesiące kalendarzowe.

Prawo do wynagrodzenia chorobowego lub do zasiłku chorobowego mają osoby, którym lekarz wystawi zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy. Od 1 grudnia 2018 r. zaświadczenia można wystawiać wyłącznie w formie elektronicznej (tzw. e-ZLA).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaca zasiłek chorobowy pracownikom zakładów pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 pracowników. Natomiast w zakładach pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 pracowników, zasiłek chorobowy w czasie trwania ubezpieczenia wypłaca pracodawca.

W 2022 r. z powodu absencji chorobowej wypłacono 25 487,8 mln zł.

W 2022 r. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych zapłacił za 141 mln dni nieobecności spowodowanej chorobą.

5.9.1. Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy

Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa wprowadziła regulacje, które miały wzmocnić kontrolę prawidłowości orzekania o niezdolności do pracy i wykorzystywania zwolnień lekarskich. Ich celem była także racjonalizacja wydatków na te świadczenia. Aby to osiągnąć, wprowadzono następujące rozwiązania:

- ograniczono prawo do zasiłku z tytułu niezdolności do pracy po ustaniu ubezpieczenia chorobowego,
- ograniczono podstawę wymiaru zasiłku po ustaniu ubezpieczenia chorobowego do 100% przeciętnego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału,
- wprowadzono okres wyczekiwania:
 - 30 dni dla osób ubezpieczonych obowiązkowo,
 - 90 dni dla osób ubezpieczonych dobrowolnie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadza kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz kontrolę wykorzystywania zwolnień lekarskich. Wykorzystywanie zwolnień lekarskich mogą też kontrolować płatnicy zasiłków.

W 2022 r. ZUS przeprowadził 429,9 tys. takich kontroli, w tym 367 tys. kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy. Z powodu nieprawidłowego wykorzystywania zwolnień lekarskich wstrzymano wypłatę zasiłku chorobowego 23,8 tys. osób na kwotę 22 mln zł, natomiast łączna kwota cofniętych zasiłków chorobowych z powodu stwierdzenia nieprawidłowości w orzekaniu wyniosła 8,7 mln zł.

ZUS musi również obniżyć podstawę wymiaru zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego, gdy ustał tytuł ubezpieczenia. W 2022 r. z tego powodu ZUS zmniejszył świadczenia 103,1 tys. osób na łączną kwotę 131,4 mln zł.

Łącznie kwota obniżonych i wycofanych świadczeń z ubezpieczenia chorobowego w 2022 r. wyniosła 153,4 mln zł.

5.10. Świadczenie rehabilitacyjne

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje osobie, która jest objęta ubezpieczeniem chorobowym i wykorzystała już cały zasiłek chorobowy, ale nadal jest niezdolna do pracy. Otrzyma je jednak tylko wtedy, gdy dalsze leczenie lub rehabilitacja mogą jej pomóc odzyskać zdolność do pracy.

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez maksymalnie 12 miesięcy. Jego wysokość wynosi:

- 90% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w ciągu pierwszych 90 dni jego pobierania,
- 75% tej podstawy za pozostały okres,
- 100% tej podstawy, jeżeli niezdolność do pracy przypada w czasie ciąży.

Świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową przysługuje osobom, które są objęte ubezpieczeniem wypadkowym. Wynosi ono 100% podstawy wymiaru.

Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje m.in. osobom uprawnionym do:

- emerytury,
- renty z tytułu niezdolności do pracy,
- zasiłku dla bezrobotnych,
- zasiłku przedemerytalnego,
- świadczenia przedemerytalnego,
- urlopu dla poratowania zdrowia,
- nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego,
- rodzicielskiego świadczenia kompensacyjnego.

Świadczenie nie przysługuje także osobom przebywającym na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym oraz osobom, które mają ustalone prawo do emerytury lub renty inwalidzkiej na podstawie ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin lub ustawy zaopatrzeniowej.

O tym, czy stan zdrowia uzasadnia przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, orzeka lekarz orzecznik ZUS. Jeśli zainteresowany nie zgadza się z jego orzeczeniem, może się

odwołać do komisji lekarskiej ZUS. Musi to zrobić w ciągu 14 dni od dnia, w którym je otrzymał. Z kolei prezes ZUS może zgłosić zarzut wadliwości orzeczenia i przekazać sprawę do rozpatrzenia komisji lekarskiej ZUS. Może to zrobić w ciągu 14 dni od wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS.

Podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego jest równa zwaloryzowanej podstawie wymiaru zasiłku chorobowego.

W 2022 r. świadczenie rehabilitacyjne otrzymywało miesięcznie przeciętnie 94,5 tys. osób. Jego średnia miesięczna wysokość wynosiła 2204,74 zł.

Wydatki na świadczenia rehabilitacyjne w 2022 r. wyniosły 2499 mln zł.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaca świadczenie rehabilitacyjne pracownikom zakładów pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 pracowników. Natomiast w zakładach pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 pracowników, świadczenie rehabilitacyjne w czasie trwania ubezpieczenia wypłaca pracodawca.

5.11. Zasiłek wyrównawczy

Zasiłek wyrównawczy przysługuje pracownikowi, któremu obniżono wynagrodzenie, ponieważ poddał się rehabilitacji zawodowej, której celem była adaptacja lub przyuczenie do określonej pracy.

O tym, że ubezpieczony potrzebuje takiej rehabilitacji, orzeka lekarz orzecznik ZUS lub wojewódzki ośrodek medycyny pracy.

Uprawniony otrzymuje zasiłek wyrównawczy z ubezpieczenia chorobowego. Wyjątkiem jest osoba, która poddała się rehabilitacji zawodowej na skutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej – osoba taka otrzymuje zasiłek z ubezpieczenia wypadkowego.

Zasiłek wyrównawczy nie przysługuje za okresy:

- niezdolności do pracy z powodu choroby,
- sprawowania opieki,
- pobierania zasiłku macierzyńskiego.
- niezdolności do pracy, za które przysługuje świadczenie rehabilitacyjne,
- bezpłatnej nieobecności w pracy z innych przyczyn.

Zasiłku wyrównawczego nie otrzyma osoba, która ma prawo do emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy albo nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, jak również osoba, która ma ustalone prawo do emerytury lub renty inwalidzkiej na podstawie ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin lub ustawy zaopatrzeniowej.

Wysokość zasiłku, zarówno z ubezpieczenia chorobowego, jak i z ubezpieczenia wypadkowego, to różnica między przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem z 12 miesięcy poprzedzających rehabilitację a obniżonym miesięcznym wynagrodzeniem, które ubezpieczony otrzymuje za pracę w warunkach rehabilitacji zawodowej. Zasiłek przysługuje przez maksymalnie 24 miesiące.

Wydatki na zasiłki wyrównawcze w 2022 r. wyniosły 1446,4 tys. zł.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaca zasiłek wyrównawczy pracownikom w zakładach pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 pracowników. Natomiast w zakładach pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 pracowników, zasiłek wyrównawczy wypłaca pracodawca w czasie trwania ubezpieczenia.

5.12. Zasiłek macierzyński

Zasiłek macierzyński przysługuje osobie, która jest objęta ubezpieczeniem chorobowym i została matką albo ojcem lub przyjęła dziecko na wychowanie.

Zasiłek macierzyński przysługuje w okresie określonym w Kodeksie pracy jako okres:

- urlopu macierzyńskiego,
- urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
- urlopu rodzicielskiego,
- urlopu ojcowskiego.

Przepisy nie przewidują okresu wyczekiwania.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu macierzyńskiego przysługuje ubezpieczonej kobiecie, która urodziła dziecko. Matka może zrezygnować z pobierania zasiłku po wykorzystaniu co najmniej 14 tygodni po porodzie – wówczas zasiłek będzie przysługiwał ubezpieczonemu ojcu dziecka, który przerwał działalność zarobkową, aby osobiście opiekować się dzieckiem.

Jeśli kobieta umrze lub porzuci dziecko, zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu ojcu dziecka lub innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny. Muszą oni jednak przerwać zatrudnienie lub inną działalność zarobkową, aby sprawować osobistą opiekę nad dzieckiem.

Zasiłek macierzyński przysługuje tym osobom także wtedy, gdy matka ma orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym i z tego powodu nie może opiekować się swoim dzieckiem. W tym przypadku osoby te również muszą przerwać zatrudnienie lub inną działalność zarobkową.

Zasiłek ten może przysługiwać ubezpieczonej kobiecie także wtedy, gdy urodzi dziecko po ustaniu ubezpieczenia. Stanie się tak, jeżeli zatrudnienie ustało w okresie ciąży,

a powodem była śmierć, ogłoszenie upadłości lub likwidacji pracodawcy albo naruszenie prawa stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu. Jeżeli pracodawca zmarł, ogłoszono upadłość lub likwidację pracodawcy, a ciężarnej pracownicy nie zapewniono innego zatrudnienia, do dnia porodu przysługuje jej zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Jeśli ubezpieczona matka dziecka wymaga opieki szpitalnej i nie może opiekować się dzieckiem, może przerwać pobieranie zasiłku po 8 tygodniach od porodu. W tym czasie z zasiłku macierzyńskiego może korzystać ubezpieczony ojciec dziecka. Ojcu i matce przysługuje jeden łączny okres zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego przysługuje osobie, która:

- przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 lat – lub do 10 lat, jeśli ma ono odroczone obowiązki szkolne – i wystąpiła do sądu opiekuńczego, aby je przysposobić,
- przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej dziecko w wieku do 7 lat – lub do 10 lat, jeśli ma ono odroczone obowiązki szkolne (zasiłku nie dostanie osoba, która prowadzi zawodową rodzinę zastępczą).

Okres wypłaty **zasiłku macierzyńskiego z powodu urodzenia dziecka lub przyjęcia dziecka na wychowanie za okres urlopu macierzyńskiego lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego** zależy od liczby dzieci urodzonych przy jednym porodzie lub jednocześnie przyjętych na wychowanie. Wynosi on:

- 20 tygodni – jeśli urodzi się lub zostanie przyjęte jedno dziecko,
- 31 tygodni – jeśli jednocześnie urodzi się lub zostanie przyjętych 2 dzieci,
- 33 tygodnie – jeśli jednocześnie urodzi się lub zostanie przyjętych 3 dzieci,
- 35 tygodni – jeśli jednocześnie urodzi się lub zostanie przyjętych 4 dzieci,
- 37 tygodni – jeśli jednocześnie urodzi się lub zostanie przyjętych co najmniej 5 dzieci.

Zasiłek nie przysługuje na te dzieci przyjęte na wychowanie, które mają więcej niż 7 lat lub 10 lat, gdy mają odroczone obowiązki szkolne. Minimalny okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego, gdy osoba przyjmie dzieci na wychowanie, wynosi 9 tygodni.

Zasiłek macierzyński przysługuje także przez okres **urlopu rodzicielskiego**.

Pracownicy mają prawo do urlopu rodzicielskiego bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego, natomiast ubezpieczeni, którzy nie są pracownikami – zaraz po tym, jak wykorzystają zasiłek macierzyński za okres odpowiadający temu urlopowi.

Rodzice mogą podzielić urlop między siebie na maksymalnie 4 części, z których każda musi być wielokrotnością tygodnia. Muszą one przypadać bezpośrednio jedna po drugiej albo bezpośrednio po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający części urlopu rodzicielskiego.

Każda z tych 4 części urlopu powinna trwać co najmniej 8 tygodni. Wyjątkiem są:

- pierwsza część; jeśli urodziło się jedno dziecko, musi ona wynieść minimum 6 tygodni, a jeśli osoba ubezpieczona przyjęła na wychowanie jedno dziecko – minimum 3 tygodnie,
- ostatnia część, o ile do końca całego urlopu zostało mniej niż 8 tygodni.

Maksymalnie 16 tygodni urlopu rodzicielskiego można wykorzystać w terminie, który nie przypada bezpośrednio po poprzedniej części tego urlopu albo po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający części tego urlopu. W takim przypadku urlop ten można wziąć nie później niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko skończy 6 lat.

Aby móc skorzystać z zasiłku macierzyńskiego po przerwie, trzeba wykorzystać przynajmniej jedną część zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego, który przypada bezpośrednio po zasiłku macierzyńskim za okres urlopu macierzyńskiego. Urlopu po przerwie udziela się maksymalnie w 2 częściach. Ich wymiar określa się na takich samych zasadach jak wymiar pozostałych części urlopu rodzicielskiego.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu rodzicielskiego przysługuje maksymalnie przez:

- 32 tygodnie – gdy urodzi się lub zostanie przyjęte jedno dziecko,
- 34 tygodnie – gdy jednocześnie urodzi się lub zostanie przyjętych co najmniej 2 dzieci,
- 29 tygodni – gdy pracownik przyjął dziecko na wychowanie i ma prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w minimalnym wymiarze 9 tygodni.

Z zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego rodzice mogą korzystać także równocześnie, jednak łączny okres wypłacania zasiłku obojgu rodzicom nie może przekroczyć odpowiednio 32, 34 lub 29 tygodni.

Ubezpieczony ojciec dziecka lub mężczyzna przyjmujący dziecko na wychowanie ma prawo do **zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu ojcowskiego**. Wynosi on do 2 tygodni. Ojciec musi wykorzystać urlop, zanim dziecko skończy 24 miesiące, a przyjmujący – zanim upłyną 24 miesiące, od kiedy uprawomocni się postanowienie sądu orzekające przysposobienie, oraz zanim dziecko skończy 7 lat albo 10 lat, jeśli ma odroczone obowiązki szkolne.

Urlop ojcowski oraz zasiłek macierzyński za okres tego urlopu ojciec może wykorzystać jednorazowo albo w 2 częściach. Każda z nich musi trwać co najmniej tydzień. Części te nie muszą przypadać bezpośrednio po sobie ani po zasiłku macierzyńskim za okres tego urlopu.

Wysokość zasiłku macierzyńskiego wynosi 100% podstawy wymiaru za okres odpowiadający okresowi:

- urlopu macierzyńskiego,
- urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego,
- urlopu ojcowskiego,
- urlopu rodzicielskiego za:
 - pierwsze 6 tygodni urlopu rodzicielskiego – gdy urodziło się lub zostało przyjęte na wychowanie jedno dziecko,
 - pierwsze 8 tygodni urlopu rodzicielskiego – gdy jednocześnie urodziło się lub zostało przyjętych na wychowanie co najmniej 2 dzieci,
 - pierwsze 3 tygodnie urlopu rodzicielskiego w minimalnym wymiarze 9 tygodni – gdy osoba ubezpieczona korzysta z zasiłku macierzyńskiego, ponieważ przyjęła dziecko na wychowanie.

Natomiast za pozostały okres urlopu rodzicielskiego po wykorzystaniu 3, 6, lub 8 tygodni zasiłek przysługuje w wysokości 60% podstawy jego wymiaru.

Zasiłek macierzyński może wynosić 80% podstawy wymiaru przez cały okres urlopu macierzyńskiego (lub urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego) i urlopu rodzicielskiego. Dotyczy to sytuacji, gdy nie później niż w ciągu 21 dni po porodzie ubezpieczona złoży pisemny wniosek o udzielenie jej urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze bezpośrednio po urlopie macierzyńskim.

Zasada ta ma także zastosowanie do:

- osób ubezpieczonych, które nie są pracownikami,
- osób, które pobierają zasiłek macierzyński za okres po ustaniu ubezpieczenia,
- osób, które pobierają zasiłek macierzyński w czasie urlopu wychowawczego, a wniosek o wypłatę tego zasiłku za okres urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze złożyły nie później niż w ciągu 21 dni po porodzie.

Jeżeli matka otrzymywała zasiłek macierzyński w wysokości 80% podstawy wymiaru, ale zrezygnowała z niego za okres urlopu rodzicielskiego, może otrzymać jednorazowe wyrównanie zasiłku do wysokości 100% podstawy wymiaru. Wtedy o zasiłek, którego nie wykorzystwała matka, nie może wystąpić ubezpieczony ojciec dziecka.

Pracownik może jednocześnie pracować i korzystać z urlopu rodzicielskiego – dotyczy to łączenia w wymiarze nie wyższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy. Wysokość zasiłku macierzyńskiego zmniejsza się wtedy proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy, w którym pracownik jest zatrudniony, gdy korzysta z urlopu rodzicielskiego.

Podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego wylicza się tak jak podstawę wymiaru zasiłku chorobowego. Bierze się pod uwagę przeciętne wynagrodzenie z 12 miesięcy, które poprzedzają poród lub przyjęcie dziecka na wychowanie. Jeśli osoba ubezpieczona nie przepracowała pełnych 12 miesięcy, uwzględnia się wynagrodzenie za rzeczywisty okres zatrudnienia.

Wydatki na zasiłki macierzyńskie w 2022 r. wyniosły 9131,1 mln zł.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaca zasiłek macierzyński pracownikom w zakładach pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 pracowników. Natomiast w zakładach pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 pracowników, zasiłek ten w czasie trwania ubezpieczenia wypłaca pracodawca.

5.13. Zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu przez okres zwolnienia od pracy w związku ze sprawowaniem osobistej opieki nad członkiem rodziny.

Ubezpieczony dostaje zasiłek opiekuńczy, gdy sprawuje osobistą opiekę nad:

- zdrowym dzieckiem w wieku do 8 lat, kiedy:
 - nieprzewidzianie zamknięto placówkę (żłobek, przedszkole, szkołę lub klub dziecięcy), do której uczęszcza dziecko,

- jedno z małżonków lub rodziców dziecka, które stale się nim opiekuje, nie może sprawować opieki z powodu choroby, porodu lub pobytu w szpitalu,
- zachoruje dzienny opiekun dziecka albo niania, z którą rodzice zawarli umowę uaktywniającą,
- dzieckiem niepełnosprawnym (które ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji), które nie ukończyło 18 lat, gdy jedno z małżonków lub rodziców dziecka, które stale się nim opiekuje, nie może sprawować opieki z powodu choroby, porodu lub pobytu w szpitalu,
- chorym dzieckiem niepełnosprawnym, które nie ukończyło 18 lat,
- chorym dzieckiem w wieku do 14 lat,
- innym chorym członkiem rodziny, w tym dzieckiem w wieku powyżej 14 lat.

Za dzieci uważa się:

- dzieci własne ubezpieczonego lub jego małżonka,
- dzieci przysposobione,
- dzieci przyjęte na wychowanie i utrzymanie.

Za członków rodziny uważa się następujące osoby, które w okresie sprawowania nad nimi opieki pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym:

- męża albo żonę,
- rodziców,
- drugie z rodziców dziecka,
- ojczyma,
- macochę,
- teściów,
- dziadków,
- wnuki,
- rodzeństwo,
- dzieci w wieku powyżej 14 lat.

Prawo do zasiłku opiekuńczego przysługuje ubezpieczonemu bezpośrednio po objęciu ubezpieczeniem chorobowym.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje matce i ojcu dziecka. Wypłaca się go jednak tylko jednemu z rodziców – temu, które opiekuje się dzieckiem i które wystąpiło z wnioskiem o wypłatę zasiłku za dany okres. Każda osoba, która jest objęta ubezpieczeniem chorobowym (zarówno obowiązkowym, jak i dobrowolnym), ma prawo do zasiłku opiekuńczego.

Ubezpieczony może otrzymać zasiłek opiekuńczy, jeśli inne osoby pozostające z nim we wspólnym gospodarstwie domowym nie mogą zapewnić opieki dziecku albo innemu członkowi rodziny. Wyjątkiem jest opieka nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat.

W takiej sytuacji zasiłek opiekuńczy przysługuje nawet wtedy, gdy inni członkowie rodziny mogą zapewnić mu opiekę.

Członkiem rodziny pozostającym we wspólnym gospodarstwie domowym, który może zapewnić opiekę, nie jest m.in. osoba:

- całkowicie niezdolna do pracy,
- chora lub niesprawna fizycznie lub psychicznie ze względu na wiek,
- prowadząca działalność gospodarczą,
- prowadząca gospodarstwo rolne,
- będąca pracownikiem odpoczywającym po pracy na nocnej zmianie,
- niezobowiązana do sprawowania opieki na podstawie przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeżeli odmawia ona sprawowania opieki.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje przez maksymalnie:

- 60 dni w roku kalendarzowym, jeśli ubezpieczony sprawuje opiekę nad zdrowym dzieckiem w wieku do 8 lat lub nad chorym dzieckiem w wieku do 14 lat, w tym także nad dzieckiem niepełnosprawnym w tym wieku,
- 14 dni w roku kalendarzowym, jeśli ubezpieczony sprawuje opiekę nad chorym członkiem rodziny, w tym chorym dzieckiem w wieku powyżej 14 roku życia,
- 30 dni w roku kalendarzowym, jeśli ubezpieczony sprawuje opiekę nad:
 - chorym dzieckiem niepełnosprawnym, które skończyło 14 lat, ale nie ukończyło 18 lat,
 - dzieckiem niepełnosprawnym, które skończyło 8 lat, ale nie ukończyło 18 lat, jeśli małżonek ubezpieczonego lub rodzic dziecka, który stale opiekuje się dzieckiem, nie może się nim opiekować z powodu choroby, porodu lub pobytu w szpitalu.

Jeśli w roku kalendarzowym ubezpieczony opiekuje się wyłącznie niepełnosprawnym dzieckiem oraz innymi chorymi członkami rodziny (i nie ma innych dzieci, które nie ukończyły 14 lat), zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie przez maksymalnie 30 dni w roku kalendarzowym, w tym maksymalnie 14 dni na opiekę nad chorymi członkami rodziny.

Łączny okres wypłaty zasiłku opiekuńczego z powodu opieki nad dziećmi i innymi członkami rodziny nie może przekroczyć 60 dni w roku kalendarzowym. Nie zależy to od liczby osób uprawnionych do zasiłku ani liczby dzieci lub członków rodziny, którzy wymagają opieki.

Ubezpieczonemu ojcu dziecka lub innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny (np. babci dziecka) może przysługiwać ponadto dodatkowy zasiłek opiekuńczy. Może go dostawać maksymalnie przez 8 tygodni (56 dni) po narodzinach dziecka. Taki zasiłek przysługuje ojcu lub innemu członkowi najbliższej rodziny, jeśli sprawuje on osobistą opiekę nad nowo narodzonym dzieckiem i przerwał w tym celu pracę zarobkową, ponieważ matka dziecka:

- przebywa w tym czasie w szpitalu,
- ma orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym,
- porzuciła dziecko.

Okres pobierania dodatkowego zasiłku opiekuńczego nie jest wliczany do limitu 60 dni i 14 dni w roku kalendarzowym, za który przysługuje zasiłek opiekuńczy.

Aby ubezpieczony miał prawo do zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny, lekarz musi wystawić elektroniczne zwolnienie lekarskie, które potwierdzi chorobę.

Zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Podstawę wymiaru tego zasiłku wylicza się tak jak podstawę wymiaru zasiłku chorobowego.

Wydatki na zasiłki opiekuńcze w 2022 r. wyniosły 1499 mln zł.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaca zasiłek opiekuńczy pracownikom w zakładach pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 pracowników. Natomiast w zakładach pracy, które zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 pracowników, zasiłek opiekuńczy w czasie trwania ubezpieczenia wypłaca pracodawca.

5.14. Dodatek pielęgnacyjny

Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury albo renty w sytuacji, gdy jest ona całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji albo gdy skończyła 75 lat.

Prawo do dodatku pielęgnacyjnego potwierdza orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub komisję lekarską ZUS. Prawo do dodatku pielęgnacyjnego – na ogólnych zasadach – mają również osoby uprawnione do emerytury pomostowej oraz nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego.

Osobom, które skończyły 75 lat, ZUS przyznaje dodatek pielęgnacyjny z urzędu.

Świadczenie to wypłaca ZUS. Jest ono finansowane z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz z budżetu państwa.

Od 1 marca 2023 r. dodatek pielęgnacyjny wynosi 294,39 zł miesięcznie.

5.15. Dodatek do renty rodzinnej dla sierot zupełnych

Osobie uprawnionej do renty rodzinnej, która straciła oboje rodziców albo której matka zmarła, a ojciec był nieznany, przysługuje **dodatek dla sieroty zupełnej**.

Od 1 marca 2023 r. dodatek do renty rodzinnej dla sierot zupełnych wynosi 553,30 zł miesięcznie. Jest on waloryzowany w tych samych terminach co emerytura i renty. Przysługuje z tego samego funduszu, z którego sierota otrzymuje rentę rodzinną (rentowego lub wypadkowego).

5.16. Zasiłek pogrzebowy

Zasiłek pogrzebowy jest wypłacany na pokrycie kosztów pogrzebu.

Świadczenie przysługuje w razie śmierci:

- ubezpieczonego,
- emeryta,
- rencisty,
- członków ich rodzin,
- osób, które w chwili śmierci spełniały warunki do uzyskania emerytury lub renty.

Zasiłek pogrzebowy przysługuje także wówczas, gdy ubezpieczony zmarł po ustaniu ubezpieczenia, ale w okresie, gdy pobierał zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne lub zasiłek macierzyński.

Zasiłek pogrzebowy wynosi maksymalnie 4000 zł. Przysługuje osobom lub podmiotom, które pokryły koszty pogrzebu.

Jeżeli koszty pogrzebu poniósł członek rodziny zmarłego, zasiłek przysługuje mu w pełnej kwocie. Nie jest ważne, jakie były faktyczne wydatki.

Natomiast jeśli za pogrzeb zapłaciła osoba spoza rodziny (np. sąsiad, pracodawca) lub inny podmiot (np. dom pomocy społecznej, gmina, powiat, osoba prawna, kościół lub związek wyznaniowy), zasiłek przysługuje w wysokości udokumentowanych kosztów pogrzebu poniżej 4000 zł. Gdy koszty poniosło kilka osób lub podmiotów, zasiłek pogrzebowy jest dzielony między nie proporcjonalnie do ich udziału.

W 2022 r. wypłacono 405,5 tys. zasiłków pogrzebowych na łączną kwotę 1620,1 mln zł.

5.17. Jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy

Jednorazowe odszkodowanie z tytułu wypadku przy pracy przysługuje ubezpieczonemu, który wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Stały uszczerbek na zdrowiu to takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie jego czynności i wyklucza poprawę stanu zdrowia chorego.

Z kolei **długotrwały uszczerbek na zdrowiu** to takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie jego czynności przez ponad 6 miesięcy. Po tym czasie poprawa stanu zdrowia chorego jest możliwa.

Wysokość odszkodowania zależy od stopnia uszczerbku na zdrowiu. Określa go w procentach lekarz orzecznik ZUS lub komisja lekarska ZUS.

Od 1 kwietnia 2023 r. za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanemu przysługuje rekompensata w wysokości 1269 zł.

Osobie, w stosunku do której została orzeczona całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, przysługuje jednorazowe odszkodowanie w wysokości 22 212 zł.

Jednorazowe odszkodowania wypłaca ZUS. Są one finansowane z funduszu wypadkowego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz z budżetu państwa.

W 2022 r. z FUS wypłacono jednorazowe odszkodowania na łączną kwotę 325,7 mln zł.

5.18. Inne świadczenia i refundacje z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej

Ubezpieczony, który uległ wypadkowi przy pracy lub u którego stwierdzono chorobę zawodową, może zwrócić się do ZUS z prośbą o dodatkowe wsparcie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych może pokryć koszty:

- skutków wypadku przy pracy lub choroby zawodowej z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych, na które ubezpieczony został skierowany przez lekarza orzecznika ZUS na wniosek lekarza prowadzącego (nierefundowanych na podstawie odrębnych przepisów),
- wyrobów medycznych – w wysokości udziału własnego ubezpieczonego określonego w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. Ubezpieczenie społeczne rolników

6.1. Organizacja systemu

Prawne i organizacyjne ramy tego systemu określa ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników. Na jej podstawie utworzono Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego kieruje prezes, który podlega ministrowi właściwemu do spraw rozwoju wsi. Prezesa KRUS powołuje i odwołuje prezes Rady Ministrów, przy czym powołuje go na wniosek ministra właściwego do spraw rozwoju wsi.

Rada Ubezpieczenia Społecznego Rolników reprezentuje interesy ogółu ubezpieczonych i świadczeniobiorców, które dotyczą ubezpieczenia i działalności Kasy Ubezpieczenia Społecznego Rolników.

Radę Rolników w liczbie 25 członków powołuje na 3-letnią kadencję minister właściwy do spraw rozwoju wsi spośród kandydatów zgłoszonych przez społeczno-zawodowe organizacje rolników, związki zawodowe rolników indywidualnych o ogólnokrajowym zakresie działania oraz Krajową Radę Izb Rolniczych.

Rada Rolników ma prawo kontrolować i oceniać działalność Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Może występować do organów administracji państwowej, instytucji państwowych i organów jednostek samorządu terytorialnego o podjęcie określonych inicjatyw lub działań w sprawach związanych z ubezpieczeniem. Ustala również wysokość miesięcznej składki na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie na jeden lub kilka kwartałów.

Rada Rolników opiniuje:

- projekty aktów prawnych regulujących ubezpieczenie, w szczególności aktów wykonawczych do ustawy, aktów prawnych mających bezpośredni wpływ na funkcjonowanie ubezpieczenia,
- projekty programów działania i planów finansowych KRUS,
- sprawozdanie z działalności Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników.

Podstawową działalność merytoryczną Rady Ubezpieczenia Społecznego Rolników realizują Prezydium oraz stałe komisje Rady Rolników:

- Komisja ds. Organizacji i Gospodarki Finansowej Kasy,
- Komisja ds. Prewencji i Rehabilitacji,
- Komisja ds. Ubezpieczeń,
- Komisja ds. Świadczeń.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego działa na podstawie statutu, który jest załącznikiem do zarządzenia nr 14 Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 20 maja 2010 r. w sprawie nadania statutu Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (Dz. Urz. MRiRW

nr 10, poz. 10, z późn. zm.) oraz regulaminu organizacyjnego, stanowiącego załącznik do zarządzenia nr 34 Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie nadania regulaminu organizacyjnego Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (Dz. Urz. KRUS z 2018 r. poz. 35, z późn. zm.).

Strukturę organizacyjną KRUS tworzą:

- centrala,
- 16 oddziałów regionalnych,
- 256 placówek terenowych.

Ponadto Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego jest organem tworzącym i sprawującym nadzór nad 6 zakładami rehabilitacji leczniczej.

KRUS realizuje następujące zadania:

- rozpatruje sprawy ubezpieczonych i świadczeniobiorców: kwestie objęcia ubezpieczeniem społecznym rolników, wymiaru i poboru składek na to ubezpieczenie oraz przyznawania i wypłaty świadczeń z ubezpieczenia,
- przyznaje i wypłaca świadczenia emerytalne i rentowe oraz wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie, a także świadczenia pozaubezpieczeniowe, które są wypłacane w przypadku zbiegu ze świadczeniami z ubezpieczenia społecznego rolników,
- prowadzi rozliczenia z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników i ich domowników, a także pomocników rolników oraz rolniczych emerytów i rencistów,
- ewidencjonuje składki na kontach płatników,
- przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia informacje o ubezpieczonych i opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne,
- przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia informacje o zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego członkach rodzin ubezpieczonych,
- pobiera zaliczki na podatek dochodowy od wypłacanych emerytur i rent, a po zakończeniu roku podatkowego oblicza podatek dochodowy lub sporządza informację o dochodzie uzyskanym z tytułu emerytury lub renty rolniczej,
- wykonuje zadania, które wynikają z rozporządzeń unijnych dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz międzynarodowych umów o zabezpieczeniu społecznym, w tym obsługuje świadczenia realizowane z zastosowaniem tych przepisów,
- realizuje zadania orzecznictwa lekarskiego poprzez własny, dwuinstancyjny system orzecznictwa lekarskiego,
- udziela rolnikom informacji o umowach, jakie mogą zawrzeć, gdy chcą przestać prowadzić działalność rolniczą,
- współpracuje z organami administracji rządowej, zagranicznymi instytucjami ubezpieczeniowymi oraz organizacjami międzynarodowymi,
- działa na rzecz zapobiegania wypadkom przy pracy rolniczej i chorobom zawodowym rolników, m.in.:
 - analizuje przyczyny tych wypadków i chorób,
 - upowszechnia wśród ubezpieczonych wiedzę o zasadach ochrony życia i zdrowia w gospodarstwie rolnym oraz o zagrożeniach wypadkami i chorobami w rolnictwie,

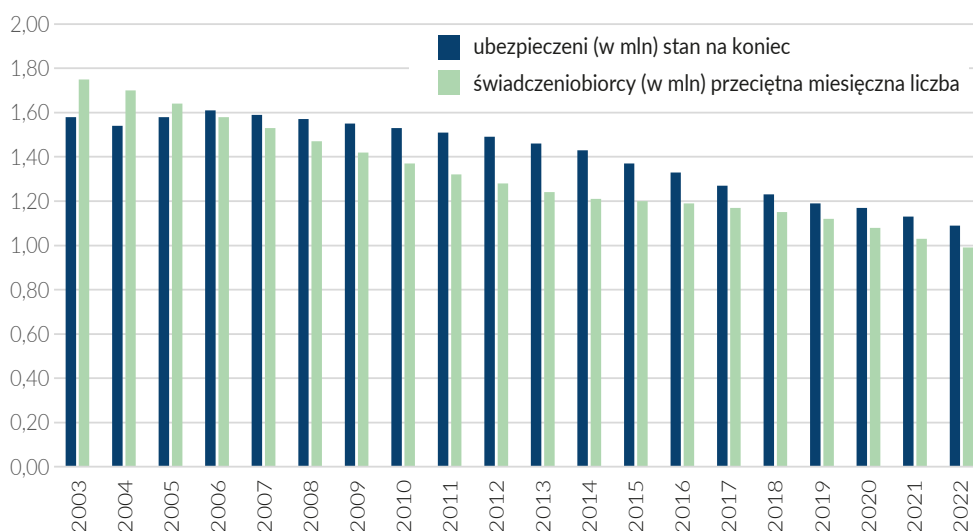
- podejmuje starania o właściwą produkcję i dystrybucję bezpiecznych środków, sprzętu i odzieży wykorzystywanych w rolnictwie,
- podejmuje działania na rzecz ubezpieczonych zagrożonych całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym lub osób uprawnionych do świadczeń z ubezpieczenia wykazujących całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, których stan zdrowia rokuje odzyskanie zdolności do pracy w rolnictwie w wyniku leczenia i rehabilitacji,
- inicjuje i wspiera rozwój ubezpieczeń dobrowolnych.

6.2. Funkcjonowanie systemu

System ubezpieczenia społecznego rolników w 2022 r. obejmował:

- 1 092 650 ubezpieczonych (stan na 31 grudnia),
- 994 511 emerytów i rencistów (przeciętnie w miesiącu), z tego:
 - 774 990 osób, które pobierały emerytury rolnicze i rodzicielskie świadczenia uzupełniające finansowane z budżetu państwa (1320 osób),
 - 178 073 osoby, które pobierały renty rolnicze z tytułu niezdolności do pracy,
 - 41 392 osoby, które pobierały renty rodzinne,
 - 56 osób, które pobierały świadczenie rolne w wysokości 50% ze względu na zbieg ze świadczeniami zagranicznymi (GBRZ).

Liczba osób podlegających ubezpieczeniu w KRUS według stanu na koniec danego roku oraz przeciętna miesięczna liczba świadczeniobiorców w latach 2003–2022 (w mln)



Liczba świadczeniobiorców KRUS i osób objętych ubezpieczeniem społecznym rolników w latach 2003–2022

Rok	Świadczeniobiorcy (w mln)	Ubezpieczeni (w mln)
2003	1,75	1,58
2004	1,70	1,54
2005	1,66	1,58
2006	1,58	1,61
2007	1,50	1,59
2008	1,45	1,57
2009	1,42	1,55
2010	1,37	1,53
2011	1,32	1,51
2012	1,28	1,49
2013	1,24	1,46
2014	1,19	1,43
2015	1,20	1,37
2016	1,19	1,33
2017	1,17	1,27
2018	1,15	1,23
2019	1,12	1,19
2020	1,08	1,17
2021	1,03	1,13
2022	1,09	0,99

Składki w systemie ubezpieczenia społecznego rolników opłacane są na:

- Fundusz Emerytalno-Rentowy,
- Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego.

Fundusz Emerytalno-Rentowy to państwowy fundusz celowy. Finansuje się z niego m.in. świadczenia z ubezpieczenia emerytalno-rentowego i składki na odrębne ubezpieczenie zdrowotne rolników.

Fundusz Składkowy Ubezpieczenia Społecznego to z kolei osoba prawna. Finansuje się z niego ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie. Funkcję zarządu pełni z urzędu prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego pod nadzorem Rady Rolników.

Wysokość miesięcznej składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe za każdą ubezpieczoną osobę (rolnika, małżonka rolnika lub domownika) wynosi 10% emerytury podstawowej obowiązującej w ostatnim miesiącu poprzedniego kwartału.

Po waloryzacji emerytury od 1 marca 2022 r. składka podstawowa na to ubezpieczenie w II kwartale 2022 r. wyniosła 108 zł miesięcznie.

Rolnicy, których gospodarstwa rolne obejmują obszar użytków rolnych powyżej 50 ha przeliczeniowych, opłacają dodatkową składkę miesięczną na ubezpieczenie emerytalno-rentowe za siebie i małżonka w wysokości:

- 12% emerytury podstawowej – gospodarstwo do 100 ha przeliczeniowych,
- 24% emerytury podstawowej – gospodarstwo od 100 do 150 ha przeliczeniowych,
- 36% emerytury podstawowej – gospodarstwo od 150 do 300 ha przeliczeniowych,
- 48% emerytury podstawowej – gospodarstwo powyżej 300 ha przeliczeniowych.

Za domowników rolnik opłaca tylko podstawową składkę na ubezpieczenie emerytalno-rentowe. W ich przypadku nie ma znaczenia obszar użytków rolnych.

Jeśli ubezpieczony rolnik, małżonek rolnika albo domownik prowadzi dodatkowo poza rolniczą działalność gospodarczą albo współpracuje przy prowadzeniu takiej działalności i gdy spełnia warunki określone w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników, podstawową miesięczną składkę na ubezpieczenie emerytalno-rentowe opłaca w podwójnej wysokości podstawowej składki na to ubezpieczenie.

Natomiast jeśli rolnik, małżonek rolnika, domownik lub osoba, która jest członkiem rodziny rolnika lub domownika, sprawuje osobistą opiekę nad dzieckiem, składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe jest finansowana z budżetu państwa. Może to trwać przez maksymalnie 3 lata od momentu złożenia wniosku, nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 5 lat. Jeśli ta osoba opiekuje się dzieckiem niepełnosprawnym, budżet państwa finansuje składki przez maksymalnie 6 lat od momentu złożenia wniosku, nie dłużej jednak niż do momentu, gdy dziecko skończy 18 lat.

Kiedy rolnik lub domownik ubezpieczony w KRUS zaprzestanie aktywności rolniczej, aby opiekować się bliską osobą, może otrzymać świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy (na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych) lub zasiłek dla opiekuna (na podstawie ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekuna). Aby mieć szansę na emeryturę lub rentę, osoba taka powinna złożyć wniosek o objęcie ubezpieczeniem w KRUS przez okres, w którym będzie pobierać dane świadczenie. Wówczas – do momentu, kiedy staż ubezpieczeniowy wyniesie 25 lat – koszty składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe pokrywa wójt, burmistrz lub prezydent miasta, który wypłaca przyznane świadczenie.

Wysokość miesięcznej składki na ubezpieczenia wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie uchwała Rada Rolników, a ogłasza prezes KRUS w „Monitorze Polskim”. Za każdą ubezpieczoną osobę (rolnika, małżonka rolnika, domownika oraz pomocnika rolnika) rolnik płaci taką samą stawkę, z wyłączeniem rolników i domowników objętych ubezpieczeniem na wniosek w zakresie ograniczonym. W II kwartale 2022 r. wynosiła ona 60 zł.

Jeżeli ktoś jest objęty ubezpieczeniem społecznym rolników krócej niż miesiąc, wysokość obu składek oblicza się proporcjonalnie do liczby dni, przez które podlegał ubezpieczeniu w danym miesiącu.

System ubezpieczenia społecznego rolników zapewnia następujące świadczenia pieniężne:

- **z ubezpieczenia emerytalno-rentowego:**
 - emeryturę rolniczą,
 - rentę rolniczą z tytułu niezdolności do pracy,

- rentę rolniczą szkoleniową,
- rentę rodzinną,
- emeryturę i rentę z ubezpieczenia społecznego rolników indywidualnych i członków ich rodzin,
- dodatki do emerytur i rent,
- zasiłek pogrzebowy,
- zasiłek macierzyński,
- **z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego:**
 - jednorazowe odszkodowanie z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu albo śmierci wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej,
 - zasiłek chorobowy w razie choroby trwającej nieprzerwanie co najmniej 30 dni i nie dłużej niż 180 dni,
 - zasiłek chorobowy w przedłużonym okresie ponad 180 dni, nie dłużej niż o kolejne 360 dni.

Ponadto na mocy odrębnych przepisów KRUS przyznaje i wypłaca też inne świadczenia zlecone Kasie, tj.:

- rodzicielskie świadczenie uzupełniające (Mama 4+),
- dodatkowe roczne świadczenie pieniężne dla emerytów i rencistów (13 emerytura),
- kolejne roczne dodatkowe świadczenie pieniężne dla emerytów i rencistów (14 emerytura),

w wysokości i na zasadach analogicznych jak ZUS.

W systemie ubezpieczenia społecznego rolników istotną rolę przypisano też działalności w zakresie prewencji i rehabilitacji.

Działania prewencyjne Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego prowadzone są wielotorowo. Dzięki nim udaje się ograniczyć liczbę wypadków przy pracy rolniczej, eliminować ich przyczyny i zapobiegać chorobom zawodowym oraz innym zawodowym zagrożeniom rolników. Wskaźnik wypadkowości w rolnictwie indywidualnym zmniejszył się z 11 wypadków na 1000 ubezpieczonych w 2012 r. do 8 w 2022 r.

Rehabilitacja lecznicza realizowana w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego jest rzeczowym świadczeniem zdrowotnym. Przeznaczona jest dla osób wykazujących całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, których stan zdrowia rokuje jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo zagrożonych całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym. Jest prowadzona w Centrach Rehabilitacji Rolników KRUS, które mają status samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Poddanie się rehabilitacji jest dobrowolne i nie ogranicza prawa do leczenia uzdrowiskowego finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wskazania do rehabilitacji leczniczej ustala lekarz rzeczoznawca Kasy lub komisja lekarska Kasy. Rehabilitacja może być też przyznana na wniosek lekarza leczącego, po uzyskaniu opinii regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego. W 2022 r. z rehabilitacji skorzystało 10 337 osób uprawnionych. Ponadto w 2022 r., po dwuletniej przerwie spowodowanej stanem epidemii, w okresie wakacji letnich Kasa wznowiła turnusy rehabilitacyjne dla dzieci rolników ubezpieczonych w KRUS. W turnusach tych uczestniczyło 1137 dzieci.

Orzecznictwo lekarskie – prawomocne orzeczenie lekarza rzeczoznawcy Kasy lub komisji lekarskiej Kasy stanowi podstawę do wydania pozytywnej lub negatywnej decyzji w sprawie przyznania świadczeń, do których prawo zależy od stwierdzenia:

- czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 180 dni,
- trwałej lub okresowej całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
- niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu,
- celowości przekwalifikowania zawodowego z powodu trwałej całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
- wskazań do rehabilitacji leczniczej.

Orzeczenie jest wydawane przez lekarza rzeczoznawcę Kasy lub komisję lekarską Kasy na podstawie bezpośredniego badania osoby ubezpieczonej oraz analizy dokumentacji dotychczasowego leczenia.

Lekarz rzeczoznawca Kasy lub komisja lekarska Kasy może rozpatrzyć sprawę i wydać orzeczenie bez zbadania osoby, jeżeli dokumentacja jest wystarczająca do wydania orzeczenia, a stan zdrowia tej osoby uniemożliwia jej osobiste stawienie się na badanie.

Jeżeli stan zdrowia osoby, potwierdzony odpowiednim zaświadczeniem lekarskim, uniemożliwia jej stawienie się na badanie, a skompletowana dokumentacja nie daje podstaw do rozpatrzenia sprawy, badanie powinno zostać przeprowadzone przez lekarza rzeczoznawcę Kasy w miejscu zamieszkania lub innym miejscu stałego lub okresowego pobytu osoby, która wnioskuje o przyznanie świadczenia.

Zasadę tę stosuje się analogicznie w przypadku badania przeprowadzonego przez jednego z członków komisji lekarskiej Kasy dla jej potrzeb. Ustalenia dokonane w wyniku tego badania stanowią podstawę do wydania orzeczenia przez komisję lekarską Kasy w pełnym składzie.

Lekarz rzeczoznawca lub komisja lekarska Kasy może skierować osobę, która wnioskuje o świadczenia z powodu choroby, na dodatkowe badania, konsultację specjalistyczną, badanie psychologiczne lub obserwację w szpitalu.

Łącznie w 2022 r. wydano 153 218 orzeczeń, tj.

- lekarze rzeczoznawcy Kasy (I instancja) wydali 135 027 orzeczeń, w tym:
 - 53 868 orzeczeń w sprawie stwierdzenia/ niestwierdzenia okresowej lub trwałej całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
 - 52 687 orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 18 104 orzeczenia o przedłużonym zasiłku chorobowym ponad 180 dni,
 - 10 368 orzeczeń o procentowym uszczerbku na zdrowiu,
- komisje lekarskie Kasy (II instancja) wydały 18 191 orzeczeń, w tym:
 - 6403 orzeczenia w sprawie stwierdzenia/ niestwierdzenia okresowej lub trwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
 - 8036 orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 1558 orzeczeń o przedłużonym zasiłku chorobowym ponad 180 dni,
 - 2194 orzeczenia o procentowym uszczerbku na zdrowiu.

Ponadto lekarze specjaliści-konsultanci wydali 863 opinie.

Finansowanie systemu – podstawą gospodarki finansowej systemu ubezpieczenia społecznego rolników są składki opłacane przez rolników oraz dotacja z budżetu państwa.

W 2022 r. wydatki budżetowe na zadania realizowane przez KRUS wyniosły ok. 18,9 mld zł. W 2023 r., zgodnie z ustawą budżetową, wydatki budżetu państwa w części 72 – KRUS wynoszą 20,1 mld zł, czyli 3% budżetu państwa.

W 2022 r. koszty Funduszu Emerytalno-Rentowego wyniosły 21,3 mld zł. Największą część stanowiły koszty na świadczenia emerytalno-rentowe – 16,5 mld zł.

Z kolei przychody Funduszu Emerytalno-Rentowego w 2022 r. wyniosły 21,4 mld zł.

W strukturze przychodów Funduszu udział dotacji z budżetu państwa wynosił 87,2%, udział przychodów ze składek – 6,8%, a udział pozostałych przychodów – 6%. Uzyskane przychody pokryły zapotrzebowanie na środki pieniężne na wypłatę świadczeń i odpis na Fundusz Administracyjny oraz zapotrzebowanie na środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Przychody Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników w 2022 r. wyniosły 869 mln zł. Złożyły się na nie:

- wpływy z tytułu składek na ubezpieczenie – 782 mln zł,
- pozostałe przychody – 87 mln zł.

Wydatki na zadania realizowane przez KRUS w 2022 r. (w mln zł)

I. Fundusz Emerytalno-Rentowy, z tego:		21 307
świadczenia emerytalno-rentowe	emerytury, renty	16 530
	zasiłki pogrzebowe	207
zasiłki macierzyńskie		134
pozostałe świadczenia		791
świadczenia zbiegowe i inne transfery		1 105
składki na ubezpieczenia zdrowotne finansowane z dotacji budżetu		1 765
odpis na Fundusz Administracyjny		712
koszty przeciwdziałania COVID-19		60
II. Fundusz Składkowy, z tego:		844
jednorazowe odszkodowania z tytułu wypadku		70
zasiłki chorobowe		507
wydatki na rozwój ubezpieczeń		-
odpis na zasiłki macierzyńskie		53
odpis na Fundusz Administracyjny		68
odpis na Fundusz Prewencji i Rehabilitacji		37
pozostałe wydatki		109

6.3. Świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników

6.3.1. Świadczenia z ubezpieczenia emerytalno-rentowego

W 2022 r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wypłacała świadczenia emerytalno-rentowe dla ok. 0,99 mln osób (przeciętna miesięczna liczba emerytur i rent). Wydatki na świadczenia emerytalno-rentowe wyniosły ponad 16,8 mld zł.

Emerytura rolnicza przysługuje ubezpieczonemu rolnikowi, który osiągnął powszechny wiek emerytalny (taki jak w ZUS, czyli 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn) i ma wystarczający staż ubezpieczeniowy. Musi on wynosić co najmniej 25 lat. Jeśli ktoś urodził się przed 1 stycznia 1949 r., do stażu ubezpieczeniowego liczą się także okresy ubezpieczenia, od których zależy prawo do emerytury w systemie powszechnym. Osobie urodzonej po 31 grudnia 1948 r. KRUS ustali prawo do emerytury rolniczej wyłącznie na podstawie okresów ubezpieczenia rolniczego.

Ponadto niektórzy ubezpieczeni rolnicy do 31 grudnia 2022 r. mogli otrzymywać emeryturę rolniczą zwaną wcześniejszą. Warunki, o których mowa poniżej, musiały zostać spełnione do 31 grudnia 2017 r. Są to osoby, które do tej daty:

- ukończyły 55 lat (kobiety) albo 60 lat (mężczyźni),
- przestały prowadzić działalność rolniczą,
- miały co najmniej 30-letni staż rolniczego ubezpieczenia emerytalno-rentowego.

W 2022 r. KRUS przyznał ok. 24 tys. emerytur, w tym 14 wcześniejszych, natomiast wypłacał co miesiąc przeciętnie ok. 774 tys. emerytur rolniczych, w tym 5,8 tys. wcześniejszych.

Renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który łącznie spełnia następujące warunki:

- podlegał ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu przez wymagany okres (co najmniej 5 lat w ciągu 10 lat przed złożeniem wniosku o rentę, jeśli ma ponad 30 lat, lub krócej, jeśli nie ma jeszcze 30 lat),
- jest trwale lub okresowo całkowicie niezdolny do pracy w gospodarstwie rolnym,
- całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym powstała, gdy podlegał ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu rolników.

Jeżeli całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym powstała wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej, wystarczy, że ta osoba była ubezpieczona w dniu wypadku lub zachorowania na rolniczą chorobę zawodową.

W przypadku osób ubiegających się o rentę rolniczą, które legitymują się 25-letnim okresem ubezpieczenia emerytalno-rentowego, nie jest wymagane, aby ich całkowita

niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym powstała w okresie, kiedy podlegały one temu ubezpieczeniu, lub w ciągu 18 miesięcy od daty ustania tego okresu. Nie muszą one również udowadniać, że podlegały temu ubezpieczeniu przez 5 lat w ciągu ostatnich 10 lat przed złożeniem wniosku o rentę rolniczą. Do 25-letniego okresu ubezpieczenia emerytalno-rentowego zaliczane są okresy ubezpieczenia uzyskane zarówno w systemie rolniczym, jak i w systemie pracowniczym, a także okresy zagraniczne.

Orzeczenia o trwałej i okresowej całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, które są podstawą do wydania decyzji w sprawie renty rolniczej, wydają lekarze rzeczoznawcy Kasy (I instancja) oraz komisje lekarskie Kasy (II instancja).

Za całkowicie niezdolnego do pracy w gospodarstwie rolnym lekarz rzeczoznawca Kasy lub komisja lekarska Kasy uznaje ubezpieczonego, który z powodu naruszenia sprawności organizmu utracił zdolność do osobistego wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym. Jeżeli stan ubezpieczonego nie rokuje odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, lekarz rzeczoznawca Kasy lub komisja lekarska Kasy stwierdza, że całkowita niezdolność do pracy jest trwała. Wtedy KRUS przyznaje rentę rolniczą na stałe. Natomiast jeśli ubezpieczony ma szansę odzyskać zdolność do wykonywania pracy w gospodarstwie rolnym, lekarz rzeczoznawca Kasy lub komisja lekarska Kasy orzeka okresową niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym. Wówczas KRUS przyznaje rentę rolniczą na okres wskazany w orzeczeniu.

Jeżeli lekarz rzeczoznawca Kasy lub komisja lekarska Kasy nie stwierdzi całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, KRUS może przywrócić prawo do renty, gdy w ciągu 18 miesięcy od dnia ustania prawa do renty ubezpieczony ponownie stanie się całkowicie niezdolny do pracy w gospodarstwie rolnym.

Gdy osoba, która pobiera rentę rolniczą z tytułu niezdolności do pracy, osiągnie wiek emerytalny, KRUS może przyznać jej emeryturę z urzędu – warunkiem jest wystarczający staż ubezpieczenia emerytalno-rentowego. Taka emerytura przyznana z urzędu nie może być niższa niż pobierana wcześniej renta.

W 2022 r. KRUS wypłacał co miesiąc przeciętnie ok. 178 tys. rent z tytułu niezdolności do pracy, w tym ok. 11,9 tys. rent z tytułu niezdolności do pracy, która powstała wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej. Renty wypadkowe stanowią więc 6,7% ogółu rent rolniczych z tytułu niezdolności do pracy.

Struktura wypłacanych rent przedstawia się następująco: 41% rent rolniczych to renty okresowe, a 59% – renty stałe.

W 2022 r. KRUS przyznał ok. 47 tys. rent, w tym ok. 2 tys. z tytułu niezdolności powstałej wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej.

Prawo do rent rodzinnych i dodatków do emerytur, rent oraz do zasiłków pogrzebowych ubezpieczeni uzyskują na takich samych zasadach jak w ZUS.

Renta rodzinna to suma 85% emerytury podstawowej i 50% części składkowej świadczenia, które przysługiwało albo przysługiwałoby zmarłemu.

Wysokość dodatków do emerytur i rent oraz zasiłku pogrzebowego jest identyczna jak w systemie powszechnym (zob. punkty 5.14–5.16).

W 2022 r. KRUS wypłacał co miesiąc przeciętnie:

- ok. 7,4 tys. dodatków dla sierot zupełnych,
- ok. 403 tys. dodatków pielęgnacyjnych, z tego:
 - 201 tys. dodatków z tytułu ukończenia 75 lat,
 - 202 tys. dodatków z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji.

KRUS wypłacił w 2022 r. 51,7 tys. zasiłków pogrzebowych.

6.3.2. Wysokość emerytur i rent rolniczych oraz innych świadczeń z ubezpieczenia emerytalno-rentowego

Emerytury i renty rolnicze składają się z 2 części: składkowej i uzupełniającej. Osobie, która uzyska prawo do renty rolniczej, KRUS zawsze wypłaca część składkową, natomiast może zawiesić wypłatę części uzupełniającej: w całości, w 1/2 lub w 1/4. Dotyczy to sytuacji, gdy rencista nadal prowadzi działalność rolniczą. To, jaka część renty będzie zawieszona, zależy od sytuacji danej osoby. Emerytury rolnicze od 15 czerwca 2022 r. są wypłacane w pełnej wysokości – w tym dniu zniesiony został obowiązek zaprzestania prowadzenia działalności rolniczej.

Wypłatę części uzupełniającej świadczenia w 2022 r. KRUS mógł zawiesić także wówczas, jeżeli emeryt uprawniony do świadczenia w obniżonym wieku emerytalnym, tzw. wcześniejszej emerytury rolniczej, lub rencista osiągał przychody z działalności, która wymaga opłacania składek na ubezpieczenia społeczne. Zasady zawieszenia wypłaty świadczenia z tego powodu są takie same jak w systemie powszechnym. Nie dotyczą one emerytów, którzy uzyskali prawo do emerytury rolniczej po osiągnięciu powszechnego wieku emerytalnego.

Wysokość części składkowej emerytur i rent rolniczych zależy od stażu pracy i okresu ubezpieczenia oraz od wysokości składek, które ubezpieczony opłacał na ubezpieczenie rolnicze w latach 1983–1990.

Za każdy rok opłacania składek na ubezpieczenie rolnicze KRUS przyznaje 1% emerytury podstawowej. Od 1 marca do końca 2022 r. wynosiła ona 1084,58 zł. Jeżeli w latach 1983–1990 rolnik opłacał składki wyższe niż 120% emerytury podstawowej, KRUS przyznaje odpowiednio więcej niż 1% – proporcjonalnie do tej wysokości opłacanej składki. Okresy innego ubezpieczenia (np. z tytułu zatrudnienia czy prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej) przelicza się w wymiarze 1,5-krotnym, ale nie dotyczy to wszystkich rolników. Od 1 stycznia 2009 r. emerytom, którzy urodzili się po 31 grudnia 1948 r., KRUS uwzględnia wyłącznie staż ubezpieczenia rolniczego.

Część uzupełniająca świadczenia wynosi od 85% do 95% emerytury podstawowej, zależnie od długości okresu ubezpieczenia przyjętego do ustalenia części składkowej. W przypadku wcześniejszej emerytury rolniczej część uzupełniającą KRUS zmniejsza dodatkowo

o 5% emerytury podstawowej za każdy rok, którego brakuje do osiągnięcia wieku emerytalnego.

W 2022 r. przeciętne świadczenie emerytalno-rentowe w systemie rolniczym wynosiło 1412,67 zł. Średnia emerytura wynosiła 1418,23 zł (wcześniejsza – 1296,54 zł), a renta z tytułu niezdolności do pracy – 1346,63 zł (wypadkowa – 1339,63 zł). Natomiast średnia renta rodzinna wyniosła 1592,83 zł (wypadkowa – 1627,14 zł).

Zasiłek macierzyński

Zasiłek macierzyński z systemu rolniczego w 2022 r. przysługiwał osobie ubezpieczonej objętej ubezpieczeniem wypadkowym, chorobowym i macierzyńskim oraz emerytalno-rentowym albo tylko emerytalno-rentowym, która:

- była matką albo ojcem nowo narodzonego dziecka,
- przysposobiła dziecko w wieku do 7 lat albo do 10 lat, jeśli dziecko ma odroczone obowiązki szkolne,
- przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 lat albo do 10 lat, jeśli dziecko ma odroczone obowiązki szkolne, i złożyła wniosek o jego przysposobienie,
- przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej niezawodowej dziecko w wieku do 7 lat albo do 10 lat, jeśli dziecko ma odroczone obowiązki szkolne.

Ubezpieczonemu ojcu dziecka zasiłek macierzyński przysługiwał tylko wówczas, jeśli:

- KRUS skrócił matce okres pobierania zasiłku macierzyńskiego na jej wniosek; musiała ona jednak pobierać to świadczenie przez co najmniej 14 tygodni od dnia narodzin dziecka,
- matka dziecka zmarła lub porzuciła dziecko, a osobistą opiekę nad nim sprawował ojciec.

W razie śmierci matki lub porzucenia przez nią dziecka zasiłek macierzyński za pozostałą część okresu zasiłkowego przysługiwał także innemu ubezpieczonemu członkowi rodziny, który osobiście opiekował się tym dzieckiem.

Zasiłek macierzyński przysługuje przez:

- 52 tygodnie – gdy urodzi się lub zostanie przysposobione albo przyjęte na wychowanie jedno dziecko,
- 65 tygodni – gdy jednocześnie urodzi się lub zostanie przysposobionych albo przyjętych na wychowanie 2 dzieci,
- 67 tygodni – gdy jednocześnie urodzi się lub zostanie przysposobionych albo przyjętych na wychowanie 3 dzieci,
- 69 tygodni – gdy jednocześnie urodzi się lub zostanie przysposobionych albo przyjętych na wychowanie 4 dzieci,
- 71 tygodni – gdy jednocześnie urodzi się lub zostanie przysposobionych albo przyjętych na wychowanie co najmniej 5 dzieci.

Jeśli osoba została wyłączona z ubezpieczenia rolniczego, traciła prawo do zasiłku macierzyńskiego.

Kwota zasiłku nie zależy od liczby dzieci. Każdej osobie uprawnionej przysługuje zasiłek w jednakowej wysokości, który od 1 stycznia 2016 r. wynosi 1000 zł miesięcznie. KRUS wypłacał w 2022 r. przeciętnie 11,3 tys. zasiłków macierzyńskich miesięcznie.

6.3.3. Świadczenia z ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego

Jednorazowe odszkodowanie przysługuje:

- ubezpieczonemu (rolnikowi, domownikowi, pomocnikowi rolnika)¹, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej,
- członkom rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek wypadku przy pracy rolniczej lub rolniczej choroby zawodowej.

Gdy KRUS uzna zdarzenie za wypadek przy pracy rolniczej, ustala jednorazowe odszkodowanie dla ubezpieczonego w wysokości proporcjonalnej do stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Jest on określany w procentach.

Orzeczenie dotyczące stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wydają lekarze rzeczoznawcy Kasy (I instancja) i komisje lekarskie Kasy (II instancja). Jednorazowe odszkodowanie za 1% uszczerbku na zdrowiu od 1 stycznia 2022 r. wynosi 1033 zł, wcześniej wynosiło 809 zł.

W 2022 r. KRUS wypłacił 9084 jednorazowe odszkodowania. Przeciętne odszkodowanie wynosiło 7736,87 zł.

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który wskutek choroby jest niezdolny do pracy nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni. KRUS wypłaca to świadczenie nie dłużej niż przez 180 dni. Podstawą do wypłaty zasiłku chorobowego w tym okresie jest zaświadczenie elektroniczne (e-ZLA), wydane przez lekarza uprawnionego przez ZUS.

Jeżeli po 180 dniach ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy, można przedłużyć okres zasiłkowy. Musi jednak istnieć szansa, że w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji odzyska on zdolność do pracy. W takiej sytuacji wypłata zasiłku zostaje przedłużona o czas niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, maksymalnie o 360 dni. Podstawą do przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego w czasie niezdolności do pracy, która trwa ponad 180 dni, jest orzeczenie wydane przez lekarza rzeczoznawcę Kasy (I instancja) lub komisję lekarską Kasy (II instancja).

Od 1 stycznia 2022 r. zasiłek chorobowy wynosi 20 zł za każdy dzień niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

W 2022 r. KRUS wypłacił zasiłki chorobowe za ok. 25,3 mln dni niezdolności do pracy.

Więcej informacji o ubezpieczeniu społecznym rolników można znaleźć na stronie www.krus.gov.pl.

¹ Od 18 maja 2018 r. prawo do jednorazowego odszkodowania przysługuje ubezpieczonemu pomocnikowi rolnika, który uległ wypadkowi podczas wykonywania czynności określonych w umowie o pomocy przy zbiorach.

7. Pozostałe systemy zabezpieczenia emerytalnego

7.1. Wojskowy system zaopatrzenia emerytalnego

Wojskowy system zaopatrzenia emerytalnego w Polsce jest finansowany bezpośrednio z budżetu państwa.

Zasady przyznawania świadczeń określa ustawa z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2022 r. poz. 520 z późn. zm.).

W ramach wojskowego zaopatrzenia emerytalnego żołnierzom zawodowym oraz członkom ich rodzin przysługują:

- emerytura wojskowa,
- wojskowa renta inwalidzka,
- wojskowa renta rodzinna,
- dodatki do emerytury lub renty,
- zasiłek pogrzebowy.

7.1.1. Emerytura wojskowa

Emerytura dla żołnierza, który pozostawał w służbie przed 2 stycznia 1999 r.

W przypadku żołnierza, który pozostawał w służbie przed 2 stycznia 1999 r., emerytura wynosi 40% podstawy wymiaru za 15 lat służby wojskowej i wzrasta o:

- 2,6% podstawy wymiaru za każdy kolejny rok służby wojskowej,
- 2,6% podstawy wymiaru za każdy rok urlopu wychowawczego, nie więcej niż za 3 lata łącznie,
- 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok urlopu wychowawczego powyżej 3 lat.

Okres urlopu wychowawczego udzielonego w trakcie pełnienia służby w wymiarze nie większym niż 3 lata zalicza się do okresu służby, od którego zależy nabycie prawa do emerytury. Dalszy okres urlopu wychowawczego wpływa jedynie na wymiar emerytury wojskowej.

Pełnienie służby w szczególnych warunkach powoduje zwiększenie emerytury o 2% lub 1% podstawy jej wymiaru za każdy rok tej służby – w zależności od rodzaju pełnionej służby (np. z tytułu służby na okrętach podwodnych, w składzie personelu latającego, przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu itp.).

Emeryturę wojskową podwyższa się o 0,5% podstawy wymiaru za każdy rozpoczęty miesiąc służby na froncie w czasie wojny lub w strefie działań wojennych.

Wysługa emerytalna żołnierza, który pozostawał w służbie przed 2 stycznia 1999 r., wzrasta dodatkowo o:

- 2,6% podstawy wymiaru za każdy rok okresów składkowych poprzedzających służbę, nie więcej jednak niż za 3 lata tych okresów,
- 1,3% podstawy wymiaru za każdy rok okresów składkowych ponad 3-letni okres składkowy,
- 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych poprzedzających służbę.

Emerytura wojskowa w maksymalnym wymiarze wynosi 75% podstawy wymiaru i przysługuje po 28 latach 6 miesiącach i 1 dniu służby.

Doliczenie do wysługi emerytalnej okresów zatrudnienia przed 1 stycznia 1999 r. oraz okresów opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe po 31 grudnia 1998 r. przypadających po zwolnieniu ze służby następuje, jeżeli:

- emerytura wynosi mniej niż 75% podstawy jej wymiaru,
- emeryt ukończył 55 lat w przypadku mężczyzn i 50 lat w przypadku kobiet albo stał się inwalidą.

Emerytura dla żołnierza, który został po raz pierwszy powołany do zawodowej służby wojskowej po 1 stycznia 1999 r.

W przypadku żołnierza po raz pierwszy powołanego do zawodowej służby wojskowej po 1 stycznia 1999 r. emerytura wojskowa wynosi 40% podstawy wymiaru za 15 lat służby wojskowej i wzrasta o:

- 2,6% podstawy wymiaru za każdy dalszy rok służby wojskowej,
- 2,6% podstawy wymiaru za każdy rok urlopu wychowawczego, nie więcej niż za 3 lata łącznie,
- 0,7% podstawy wymiaru za każdy rok urlopu wychowawczego powyżej 3 lat,
- 2% lub 1% podstawy jej wymiaru za każdy rok tej służby – w zależności od rodzaju pełnionej służby (np. z tytułu służby na okrętach podwodnych, w składzie personelu latającego, przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu itp.),
- 0,5% podstawy wymiaru za każdy rozpoczęty miesiąc służby na froncie w czasie wojny lub w strefie działań wojennych.

Wysokość emerytury zostanie ustalona wyłącznie za okres służby i okresy równorzędne ze służbą wojskową. Za okresy zatrudnienia poza służbą wojskową żołnierz nabędzie uprawnienia do drugiego świadczenia w ramach powszechnego systemu emerytalnego.

Podstawę wymiaru emerytury wojskowej dla żołnierza zawodowego stanowi uposażenie należne mu w ostatnim miesiącu pełnienia zawodowej służby wojskowej. W skład tego uposażenia wchodzi:

- uposażenie zasadnicze według stanowiska służbowego,
- dodatek za długoletnią służbę wojskową,
- dodatki o charakterze stałym,
- 1/12 dodatkowego uposażenia rocznego.

Emerytura dla żołnierza, który został po raz pierwszy powołany do zawodowej służby wojskowej po 31 grudnia 2012 r.

Żołnierzowi po raz pierwszy powołanemu do zawodowej służby wojskowej po 31 grudnia 2012 r. emerytura wojskowa przysługuje, gdy jego staż służby wojskowej, na dzień zwolnienia ze służby, wynosi co najmniej 25 lat.

Emerytura za 25 lat służby wynosi 60% podstawy wymiaru i wzrasta o:

- 3% za każdy kolejny rok tej służby,
- 0,5% podstawy jej wymiaru za każdy rozpoczęty miesiąc pełnienia służby na froncie w czasie wojny oraz w strefie działań wojennych.

Do okresów służby, od których zależy nabycie prawa do emerytury, zalicza się okres urlopu wychowawczego udzielonego w trakcie pełnienia służby w wymiarze łącznym nie większym niż 3 lata.

Emerytura wojskowa zostanie obliczona wyłącznie za okresy służby i okresy równorzędne ze służbą wojskową. Natomiast za okresy aktywności zawodowej poza służbą żołnierz otrzyma drugą emeryturę z systemu powszechnego.

Maksymalna kwota emerytury wojskowej wynosi 75% podstawy jej wymiaru.

Podstawę wymiaru emerytury stanowi średnie uposażenie żołnierza należne przez okres kolejnych 10 lat kalendarzowych wybranych przez żołnierza.

Jeżeli żołnierz nie wskaże kolejnych lat kalendarzowych, podstawę wymiaru emerytury wojskowej stanowi jego średnie uposażenie z kolejnych 10 lat kalendarzowych poprzedzających rok zwolnienia ze służby.

7.1.2. Wojskowa renta inwalidzka

Wojskowa renta inwalidzka przysługuje żołnierzowi zwolnionemu z zawodowej służby wojskowej, który stał się inwalidą wskutek stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu:

- w czasie pełnienia służby,
- w ciągu 3 lat po zwolnieniu ze służby wojskowej, jeżeli inwalidztwo jest następstwem urazów doznanych w czasie pełnienia służby lub chorób powstałych w tym czasie,
- w ciągu 3 lat po zwolnieniu ze służby wojskowej, jeżeli inwalidztwo jest następstwem wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej albo choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej.

Ze względu na stopień naruszenia sprawności organizmu inwalidów wojskowych dzieli się na 3 grupy:

- I grupa – obejmuje żołnierzy, którzy wskutek naruszenia sprawności organizmu są niezdolni do zawodowej służby wojskowej i do wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej,

- II grupa – obejmuje żołnierzy, którzy wskutek naruszenia sprawności organizmu są niezdolni do zawodowej służby wojskowej, ale tylko częściowo niezdolni do pracy zawodowej,
- III grupa – obejmuje żołnierzy, którzy wskutek naruszenia sprawności organizmu są niezdolni do zawodowej służby wojskowej, ale zdolni do pracy zawodowej.

Jeżeli inwalidztwo powstało w związku z wykonywaniem służby wojskowej i emerytura wojskowa jest niższa niż 75% podstawy wymiaru, podstawę wymiaru świadczenia zwiększa się maksymalnie o 15%.

Renta inwalidzka wynosi dla inwalidów zaliczonych do:

- I grupy – 80% podstawy wymiaru,
- II grupy – 70% podstawy wymiaru,
- III grupy – 40% podstawy wymiaru.

Wysokość podstawy wymiaru renty inwalidzkiej jest taka sama jak w przypadku emerytury wojskowej.

Zwiększenie wojskowej renty inwalidzkiej o 10% podstawy wymiaru przysługuje inwalidom, których inwalidztwo było następstwem wypadku pozostającego w związku ze służbą wojskową lub choroby wynikającej ze szczególnych właściwości służby wojskowej, z tytułu której przysługują świadczenia odszkodowawcze. Wówczas renta inwalidzka wraz ze zwiększeniem wynosi:

- I grupa – 90% podstawy wymiaru,
- II grupa – 80% podstawy wymiaru,
- III grupa – 50% podstawy wymiaru.

7.1.3. Wojskowa renta rodzinna

Wojskowa renta rodzinna ma najwięcej cech wspólnych z powszechnym systemem emerytalnym. Wojskowe przepisy emerytalne regulują jedynie podstawę wymiaru renty rodzinnej, natomiast świadczenie przysługuje na zasadach i w wysokości określonych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych:

- dla 1 osoby – 85% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu,
- dla 2 osób – 90% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu,
- dla 3 i więcej osób – 95% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu.

Wszystkim uprawnionym członkom rodziny przysługuje jedna łączna renta rodzinna. Wojskowa renta rodzinna przysługuje uprawnionym członkom rodziny:

- żołnierza zmarłego albo zaginionego w czasie pełnienia służby,
- żołnierza zmarłego w ciągu 3 lat po zwolnieniu ze służby, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek urazów doznanych w czasie pełnienia służby lub chorób powstałych w tym czasie albo jeżeli śmierć nastąpiła wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej albo choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby wojskowej,
- zmarłego emeryta lub rencisty wojskowego.

W razie śmierci albo zaginięcia żołnierza rentę rodzinną ustala się na podstawie wysokości renty inwalidzkiej I grupy, jaka przysługiwałaby temu żołnierzowi w dniu śmierci albo zaginięcia, bez uwzględniania dodatku pielęgnacyjnego.

Natomiast rentę rodzinną po zmarłym emerycie lub renciście wojskowym ustala się na podstawie kwoty świadczenia, które przysługiwało zmarłemu, jednakże w wysokości nie niższej niż kwota renty inwalidzkiej II grupy, która przysługiwałaby zmarłemu.

W razie śmierci albo zaginięcia żołnierza w czasie wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa związanych z realizacją celów, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz.U. z 2021 r. poz. 396), oraz w razie śmierci żołnierza po zwolnieniu ze służby, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek wypadku albo wskutek choroby powstałej w czasie wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa, renta rodzinna przysługuje małżonkowi bez względu na wiek i stan zdrowia, w wysokości uposażenia zmarłego żołnierza.

Jeżeli natomiast śmierć żołnierza ma związek ze służbą i jest następstwem czynu karalnego, to przy wypłacaniu renty rodzinnej nie stosuje się przewidzianego w ustawie emerytalnej zawieszania lub zmniejszania tego świadczenia w razie osiągnięcia przychodu z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego. W tym przypadku renta rodzinna przysługuje małżonkowi również bez względu na wiek i stan zdrowia.

Prawo do dodatków do emerytur i rent, a także do zasiłków pogrzebowych uzyskiwane jest na takich samych zasadach i wysokości jak w systemie powszechnym.

Ustalenie i wypłata świadczeń emerytalno-rentowych realizowane są przez 15 wojskowych biur emerytalnych (Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk, Katowice, Kielce, Kraków, Lublin, Łódź, Olsztyn, Poznań, Rzeszów, Szczecin, Warszawa, Wrocław, Zielona Góra).

7.2. System zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszy służb mundurowych

Opisany w tym rozdziale system zaopatrzenia emerytalnego obejmuje zwolnionych ze służby funkcjonariuszy:

- Policji,
- Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego,
- Agencji Wywiadu,
- Służby Kontrwywiadu Wojskowego,
- Służby Wywiadu Wojskowego,
- Centralnego Biura Antykorupcyjnego,
- Straży Granicznej,

- Straży Marszałkowskiej,
- Służby Ochrony Państwa,
- Państwowej Straży Pożarnej,
- Służby Celnej,
- Służby Celno-Skarbowej,
- Służby Więziennej.

W dalszej części rozdziału są oni zbiorczo określani jako „funkcjonariusze”.

Zasady przyznawania i wypłaty świadczeń z systemu zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszy służb mundurowych reguluje ustawa z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz.U. z 2022 r. poz. 1626, z późn. zm.), zwana dalej ustawą zaopatrzeniową.

Na mocy tej ustawy funkcjonariuszom zwolnionym ze służby przysługuje z budżetu państwa zaopatrzenie emerytalne z tytułu wystęgi lat lub w razie całkowitej niezdolności do służby, a członkom ich rodzin – w razie śmierci żywiciela.

Ustalanie prawa i wysokości oraz wypłata świadczeń emerytalno-rentowych na podstawie ustawy zaopatrzeniowej realizowane są przez trzy niżej wymienione organy emerytalne:

- Dyrektora Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, który jest organem emerytalnym właściwym w stosunku do funkcjonariuszy zwolnionych z Policji, Urzędu Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celnej i Służby Celno-Skarbowej i podlega Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji (www.gov.pl/zermswia),
- Dyrektora Wojskowego Biura Emerytalnego w Warszawie, który jest organem emerytalnym właściwym w stosunku do funkcjonariuszy zwolnionych ze służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz w Służbie Wywiadu Wojskowego i podlega Ministerstwu Obrony Narodowej,
- Dyrektora Biura Emerytalnego Służby Więziennej, który jest organem emerytalnym właściwym w stosunku do funkcjonariuszy zwolnionych ze Służby Więziennej i podlega Ministerstwu Sprawiedliwości.

Zaopatrzeniem emerytalnym objęci są również funkcjonariusze Służby Celnej, którzy zostali mianowani do Służby Celnej po 14 września 1999 r. lub których stosunek pracy został przekształcony w stosunek służbowy na podstawie art. 22 ustawy z dnia 24 lipca 1999 r. o Służbie Celnej (Dz.U. z 2004 r. poz. 1641, z późn. zm.) lub art. 99 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o Służbie Celnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1799, z późn. zm.), a także byli funkcjonariusze Urzędu Ochrony Państwa oraz Biura Ochrony Rządu.

W ramach zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszy przysługują:

- emerytura policyjna,
- policyjna renta inwalidzka,
- policyjna renta rodzinna,
- dodatki do emerytury,
- zasiłek pogrzebowy,
- świadczenia socjalne.

7.2.1. Emerytura policyjna

Prawo do emerytury policyjnej przysługuje funkcjonariuszowi zwolnionemu ze służby w formacji wymienionej w ustawie zaopatrzeniowej, jeżeli w dniu zwolnienia z tej służby ma co najmniej:

- 15-letni staż, jeżeli został po raz pierwszy przyjęty do służby przed 1 stycznia 2013 r., liczonej wraz z okresami równorzędnymi ze służbą, z wyjątkiem funkcjonariusza, który ma ustalone prawo do emerytury określonej w ustawie emerytalnej z uwzględnieniem okresów służby i okresów równorzędnych ze służbą,
- 25-letni staż, jeżeli został po raz pierwszy przyjęty do służby po 31 grudnia 2012 r., liczonej wraz z okresami równorzędnymi ze służbą.

Funkcjonariuszom przyjętym do służby przed 1 stycznia 2013 r. jako okresy równorzędne ze służbą w ww. formacjach zalicza się w szczególności poniższe okresy:

- służby w charakterze funkcjonariusza Milicji Obywatelskiej, Urzędu Ochrony Państwa, Biura Ochrony Rządu,
- służby wojskowej uwzględnianej przy ustalaniu prawa do emerytury wojskowej,
- służby w charakterze funkcjonariusza Służby Ochrony Kolei, jeżeli funkcjonariusz przeszedł bezpośrednio do służby w Milicji Obywatelskiej lub w Służbie Więziennej do 1 kwietnia 1955 r.,
- zatrudnienia lub służby w zawodowych jednostkach ochrony przeciwpożarowej i nauki w szkołach pożarniczych, w charakterze członka Korpusu Technicznego Pożarnictwa, a także funkcjonariusza pożarnictwa do 31 stycznia 1992 r.,
- zatrudnienia funkcjonariusza od 15 września 1999 r. do dnia przekształcenia stosunku pracy w stosunek służby, w przypadku gdy osoba, która wykonywała zadania przypisane dla Służby Celnej, otrzymała akt mianowania skutkujący tym przekształceniem,
- zatrudnienia w Straży Marszałkowskiej na stanowiskach pracy:
 - strażnik,
 - strażnik specjalista do spraw logistyki,
 - strażnik specjalista do spraw planowania i organizacji,
 - strażnik specjalista do spraw zabezpieczenia technicznego,
 - strażak,
 - strażak specjalista do spraw zabezpieczenia przeciwpożarowego,
 - komendant Straży Marszałkowskiej,
 - zastępca komendanta Straży Marszałkowskiej,

- zatrudnienia:
 - w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej²,
 - jako inspektorzy prowadzący czynności dochodzeniowo-śledcze z zakresu kontroli skarbowej³,
- zatrudnienia w Inspekcji Celnej.

Podstawę wymiaru emerytury policyjnej funkcjonariusza:

- po raz pierwszy przyjętego do służby przed 1 stycznia 2013 r. stanowi uposażenie należne funkcjonariuszowi na ostatnio zajmowanym stanowisku, z wyjątkiem funkcjonariusza zwolnionego ze Służby Celnej, Służby Celno-Skarbowej lub Straży Marszałkowskiej,
- po raz pierwszy przyjętego do służby po 31 grudnia 2012 r. lub zwolnionego ze Służby Celnej, Służby Celno-Skarbowej lub Straży Marszałkowskiej stanowi średnie uposażenie lub wynagrodzenie należne przez okres 10 lat kalendarzowych wybranych przez funkcjonariusza. Jeżeli funkcjonariusz nie wskaże takiego okresu, do ustalenia podstawy wymiaru emerytury przyjmowany będzie okres kolejnych 10 lat kalendarzowych poprzedzających rok zwolnienia ze służby.

Zasady obliczania wysokości emerytury policyjnej zależą od daty przyjęcia po raz pierwszy do służby w formacji wymienionej w ustawie zaopatrzeniowej albo powołania do zawodowej służby wojskowej lub służby kandydackiej.

Okresy składkowe i nieskładkowe uwzględniane w wystudze emerytalnej określa ustawa emerytalna.

7.2.1.1. Doliczenie do wystługi emerytalnej tzw. okresów cywilnych przypadających po zwolnieniu ze służby

Na wniosek emeryta przyjętego do służby **przed 2 stycznia 1999 r.:**

- którego emerytura wynosi mniej niż 75% podstawy jej wymiaru oraz
 - który ukończył 55 lat (mężczyzna) i 50 lat (kobieta) albo stał się inwalidą,
- do wystługi emerytalnej mogą zostać doliczone przypadające po zwolnieniu ze służby okresy:
- zatrudnienia przed 1 stycznia 1999 r. w wymiarze czasu pracy nie niższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy,
 - opłacania składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe po 31 grudnia 1998 r. lub nieopłacania składek z powodu przekroczenia w trakcie roku kalendarzowego kwoty rocznej podstawy wymiaru składek na te ubezpieczenia,
 - internowania,
 - osadzenia w więzieniach lub innych miejscach odosobnienia na terytorium Polski na mocy skazania albo bez wyroku po 31 grudnia 1955 r. za działalność polityczną,

² Jest o nich mowa w art. 11g ust. 1 i 2 oraz art. 36 ustawy z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (Dz.U. z 2016 r. poz. 720, z późn. zm.).

³ Jest o nich mowa w art. 48 ust. 4 i 5 ustawy o kontroli skarbowej.

- świadczenia pracy po 1956 r. na rzecz organizacji politycznych i związków zawodowych, nielegalnych w rozumieniu przepisów obowiązujących do kwietnia 1989 r.,
- niewykonywania pracy przed 31 lipca 1990 r. na skutek represji politycznych.

Za każdy rok doliczonych okresów emerytura jest podwyższana o 1,3% podstawy jej wymiaru.

Funkcjonariusz, który wybrał sposób obliczenia emerytury zgodnie z zasadami określonymi w art. 15aa ustawy zaopatrzeniowej, nie będzie mógł pobierać w zbiegu z emeryturą policyjną drugiej emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych za posiadane okresy składkowe, okresy opłacania składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe po 31 grudnia 1998 r. lub okresy nieopłacania składek z powodu przekroczenia w trakcie roku kalendarzowego kwoty rocznej podstawy wymiaru składek na te ubezpieczenia.

7.2.1.2. Maksymalny i minimalny wymiar emerytury policyjnej

Kwota emerytury policyjnej, bez uwzględnienia dodatków, zasiłków i świadczeń pieniężnych, funkcjonariusza po raz pierwszy przyjętego do służby:

przed 1 stycznia 2013 r. nie może przekroczyć odpowiednio:	po 31 grudnia 2012 r. nie może przekroczyć odpowiednio:
<ul style="list-style-type: none"> ■ 75% podstawy wymiaru emerytury, ■ 80% podstawy wymiaru emerytury, jeżeli została podwyższona z tytułu inwalidztwa, które ma związek ze służbą. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 75% podstawy wymiaru emerytury.
<p>W przypadku podwyższenia emerytury o 1% podstawy wymiaru z tytułu przyznania Medalu imienia podkomisarza Policji Andrzeja Struja nie może przekroczyć odpowiednio:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ■ 76% podstawy wymiaru emerytury, ■ 81% podstawy wymiaru emerytury, jeżeli została podwyższona z tytułu inwalidztwa, które ma związek ze służbą. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 76% podstawy wymiaru emerytury.

Kwota emerytury policyjnej bez względu na datę przyjęcia funkcjonariusza do służby, bez uwzględnienia dodatków i innych świadczeń pieniężnych, nie może być niższa od kwoty najniższej emerytury w rozumieniu przepisów ustawy emerytalnej.

7.2.2. Policyjna renta inwalidzka

Policyjna renta inwalidzka przysługuje funkcjonariuszowi zwolnionemu ze służby, który stał się inwalidą wskutek stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu:

- w czasie pełnienia służby,
- w ciągu 18 miesięcy po zwolnieniu ze służby, jeżeli inwalidztwo jest następstwem urazów doznanych w czasie pełnienia służby lub chorób powstałych w tym czasie,
- w ciągu 3 lat po zwolnieniu ze służby, jeżeli inwalidztwo jest następstwem wypadku, który miał związek z pełnieniem służby, albo choroby wynikającej ze szczególnych właściwości lub warunków służby.

Istnieją trzy grupy inwalidztwa funkcjonariuszy całkowicie niezdolnych do służby:

- I grupa – obejmująca funkcjonariuszy całkowicie niezdolnych do pracy,
- II grupa – obejmująca funkcjonariuszy częściowo niezdolnych do pracy,
- III grupa – obejmująca funkcjonariuszy zdolnych do pracy.

Policyjna renta inwalidzka wynosi dla inwalidów zaliczonych do:

- I grupy – 80% podstawy wymiaru,
- II grupy – 70% podstawy wymiaru,
- III grupy – 40% podstawy wymiaru.

Jeżeli inwalidztwo powstało wskutek wypadku, który miał związek ze służbą, lub wskutek choroby wynikającej ze szczególnych właściwości lub warunków tej służby, z tytułu których przysługują świadczenia odszkodowawcze, rentę inwalidzką zwiększa się o 10% podstawy wymiaru. W takim przypadku renta inwalidzka wraz z tym zwiększeniem wynosi odpowiednio dla:

- I grupy – 90% podstawy wymiaru,
- II grupy – 80% podstawy wymiaru,
- III grupy – 50% podstawy wymiaru.

Podstawę wymiaru policyjnej renty inwalidzkiej stanowi uposażenie należne funkcjonariuszowi na ostatnio zajmowanym stanowisku. Uposażenie należne oznacza uposażenie zasadnicze wraz z dodatkami o charakterze stałym i nagrodą roczną, które przysługują funkcjonariuszowi zgodnie z przepisami o uposażeniu i nagrodach funkcjonariuszy.

Kwota policyjnej renty inwalidzkiej bez uwzględnienia dodatków i innych świadczeń pieniężnych nie może być niższa od odpowiedniej kwoty najniższej renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów ustawy emerytalnej.

7.2.2.1. Wydawanie orzeczeń o inwalidztwie

Orzeczenia o inwalidztwie dla potrzeb świadczeń z zaopatrzenia emerytalnego wydają odpowiednio:

- komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych – w odniesieniu do funkcjonariuszy, emerytów i rencistów Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Celnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej,
- wojskowe komisje lekarskie – w odniesieniu do funkcjonariuszy, emerytów i rencistów Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego,
- komisje lekarskie podległe Szefowi Agencji Bezpieczeństwa – w odniesieniu do funkcjonariuszy, emerytów i rencistów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz emerytów i rencistów Urzędu Ochrony Państwa,
- komisje lekarskie podległe Szefowi Agencji Wywiadu – w odniesieniu do funkcjonariuszy, emerytów i rencistów Agencji Wywiadu.

W zależności od przyczyny powstania inwalidztwa może ono pozostawać w związku ze służbą lub nie.

Inwalidztwo pozostaje w związku ze służbą, jeżeli powstało wskutek:

- zranienia, kontuzji lub innych obrażeń doznanych w czasie wykonywania obowiązków służbowych,
- wypadku, który miał związek z wykonywaniem obowiązków służbowych,
- chorób zakaźnych panujących w miejscu służbowego pobytu funkcjonariusza,
- chorób powstałych w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby,
- chorób i schorzeń, które istniały przed przyjęciem do służby, lecz uległy pogorszeniu lub ujawniły się w czasie trwania służby wskutek szczególnych właściwości lub warunków służby na określonych stanowiskach.

Inwalidztwo nie pozostaje w związku ze służbą, jeżeli:

- powstało z innych przyczyn niż wymienione powyżej,
- jest następstwem wypadku lub choroby, których wyłączną przyczyną było udowodnione przez jednostkę organizacyjną właściwego resortu umyślne lub rażąco niedbałe działanie albo zaniechanie funkcjonariusza naruszające obowiązujące przepisy lub rozkazy,
- jest następstwem wypadku, którego wyłączną przyczyną było zachowanie funkcjonariusza spowodowane nadużyciem alkoholu,
- zranienie, kontuzja, obrażenia lub choroba zostały spowodowane przez funkcjonariusza umyślnie.

Komisja lekarska może orzec inwalidztwo na trwałe lub na czas określony i wyznaczyć termin badania kontrolnego. Nie przeprowadza się badań kontrolnych inwalidów po ukończeniu 55 lat przez kobiety i 60 lat przez mężczyzn lub gdy inwalidztwo trwa nieprzerwanie dłużej niż 10 lat.

Orzeczenie komisji lekarskiej jest doręczane zarówno osobie zainteresowanej, jak i organowi emerytalnemu. Od orzeczenia komisji lekarskiej osobie zainteresowanej i organowi emerytalnemu przysługuje odwołanie do komisji lekarskiej wyższego stopnia.

7.2.3. Policyjna renta rodzinna

Policyjna renta rodzinna przysługuje uprawnionym członkom rodziny:

- funkcjonariusza:
 - zmarłego lub zaginionego w czasie pełnienia służby,
 - zmarłego w ciągu 18 miesięcy po zwolnieniu ze służby, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek urazów doznanych w czasie pełnienia służby lub chorób powstałych w tym czasie,
 - zmarłego w ciągu 3 lat po zwolnieniu ze służby, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek wypadku, który miał związek z pełnieniem służby, albo choroby wynikającej ze szczególnych właściwości lub warunków służby,
 - Służby Kontrwywiadu Wojskowego lub Służby Wywiadu Wojskowego zmarłego w ciągu 3 lat po zwolnieniu ze służby, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek urazów doznanych w czasie pełnienia służby lub chorób powstałych w tym czasie, albo jeżeli śmierć nastąpiła wskutek wypadku, który miał związek z pełnieniem służby, albo choroby wynikającej ze szczególnych właściwości lub warunków służby,

– zmarłego po zwolnieniu ze służby, jeżeli w dniu śmierci spełniał on warunki wymagane do uzyskania emerytury lub renty inwalidzkiej, chociażby jego prawo do zaopatrzenia nie zostało jeszcze ustalone,

- zmarłego emeryta lub rencisty policyjnego.

Policyjną rentę rodzinną po zmarłym emerycie lub renciście ustala się od kwoty świadczenia, które przysługiwało zmarłemu, jednakże od kwoty nie niższej niż kwota renty inwalidzkiej II grupy, która przysługiwałaby zmarłemu.

Policyjna renta rodzinna przysługuje członkom rodziny zmarłego/ zaginionego funkcjonariusza/ emeryta/ rencisty, jeżeli spełniają warunki określone w ustawie emerytalnej, wymagane do uzyskania renty rodzinnej, z zastrzeżeniem, że:

- w razie śmierci albo zaginięcia funkcjonariusza w związku pełnieniem służby poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej albo gdy śmierć funkcjonariusza ma związek ze służbą i jest następstwem czynu karalnego, renta rodzinna przysługuje małżonkowi bez względu na wiek i stan zdrowia,
- w razie śmierci funkcjonariusza Służby Kontrwywiadu Wojskowego lub Służby Wywiadu Wojskowego po zwolnieniu ze służby, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek wypadku, który miał związek z pełnieniem służby, albo choroby powstałej w czasie wykonywania zadań operacyjno-rozpoznawczych lub kierowania wykonywaniem takich czynności, renta rodzinna przysługuje małżonkowi bez względu na wiek i stan zdrowia.

Policyjna renta rodzinna wynosi odpowiednio dla:

- jednej osoby – 85% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu,
- dwóch osób – 90% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu,
- trzech i więcej osób – 95% świadczenia, które przysługiwałoby zmarłemu.

Wszystkim uprawnionym członkom rodziny przysługuje jedna łączna renta rodzinna, która podlega podziałowi na równe części dla każdej z osób uprawnionych do renty rodzinnej.

Kwota policyjnej renty rodzinnej bez uwzględnienia dodatków i innych świadczeń pieniężnych nie może być niższa od najniższej kwoty renty rodzinnej w rozumieniu przepisów ustawy emerytalnej.

7.2.4. Inne świadczenia i uprawnienia

7.2.4.1. Dodatki do emerytury policyjnej lub policyjnej renty

Do emerytury policyjnej lub policyjnej renty przysługuje **dodatek pielęgnacyjny**, a do policyjnej renty rodzinnej również **dodatek dla sierot zupełnych** na zasadach i w wysokości określonych w ustawie emerytalnej.

Do emerytury policyjnej lub policyjnej renty przysługują także inne dodatki i świadczenia pieniężne, o ile zostały przyznane na podstawie odrębnych przepisów, które przewidują zbieg tych świadczeń ze świadczeniami policyjnymi.

7.2.4.2. Zasiłek pogrzebowy

W razie śmierci emeryta lub rencisty lub członka jego rodziny osobom, które poniosły koszty pogrzebu, przysługuje zasiłek pogrzebowy w wysokości i na zasadach określonych w przepisach ustawy emerytalnej.

7.2.4.3. Świadczenia socjalne

Osobom uprawnionym do zaopatrzenia emerytalnego oraz członkom ich rodzin przysługuje prawo do świadczeń socjalnych z tworzonego na ten cel funduszu socjalnego. Fundusz socjalny tworzy się z corocznego odpisu w wysokości 0,5% rocznych środków planowanych na emerytury i renty, z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń socjalnych. Osoby uprawnione do policyjnego zaopatrzenia emerytalnego oraz członkowie ich rodzin mają prawo do korzystania z następujących świadczeń w ramach funduszu socjalnego:

- zapomóg pieniężnych,
- dopłat do kosztów leczenia oraz zwrot części kosztów opieki paliatywno-hospicyjnej,
- zwrotu części kosztów pogrzebu uprawnionego, niezależnie od przysługującego z tego tytułu zasiłku pogrzebowego,
- dopłat do kosztów zakwaterowania, wyżywienia i leczenia w sanatoriach lub uzdrowiskach,
- dopłat do kosztów wypoczynku indywidualnego i zbiorowego, a także do innych form rekreacji,
- dopłat do kosztów zorganizowanego wypoczynku dzieci i młodzieży w formie obozów i kolonii oraz innych form działalności socjalnej,
- dopłat do korzystania z różnych form działalności kulturalno-oświatowej.

7.2.5. Waloryzacja świadczeń policyjnych

Emerytury policyjne i policyjne renty oraz podstawy ich wymiaru podlegają waloryzacji na zasadach i w terminach przewidzianych w systemie powszechnym. Waloryzacja obejmuje emerytury policyjne i policyjne renty osób:

- którym prawo do świadczenia ustalono przed 1 marca,
- które nabyły prawo do renty rodzinnej po funkcjonariuszach zmarłych nie później niż w ostatnim dniu lutego.

7.2.6. Łączenie emerytury lub renty policyjnej z pracą

Na zmniejszenie wysokości policyjnych świadczeń emerytalno-rentowych wpływa przychód z działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego przekraczający 70% lub 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.

Osoby osiągające przychód nieprzekraczający 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pobierają świadczenia w pełnej wysokości.

7.2.6.1. Obniżenie wysokości emerytur policyjnych i policyjnych rent inwalidzkich

W razie osiągnięcia przychodu z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego emerytura policyjne i policyjne renty inwalidzkie są obniżane na zasadach określonych w przepisach ustawy emerytalnej, z zastrzeżeniem, że:

- w przypadku osiągnięcia przychodu wyższego niż 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia i nieprzekraczającego 130% tego wynagrodzenia emerytura lub renta inwalidzka ulega zmniejszeniu o kwotę:
 - o jaką osiągną przychód przekracza 70% przeciętnego wynagrodzenia,
 - nie większą niż kwota maksymalnych obniżen ustalonych dla emerytury lub renty, o których mowa w przepisach ustawy emerytalnej,
 - nie większą niż kwota stanowiąca 25% kwoty emerytury lub renty inwalidzkiej,
- w przypadku osiągnięcia przychodu w kwocie przekraczającej 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia emerytura lub renta inwalidzka ulega zmniejszeniu o 25% jej wysokości.

Kwoty maksymalnego obniżenia świadczeń określone są w ustawie emerytalnej. Kwoty maksymalnych obniżen stosownie do art. 104 ust. 9 tej ustawy podlegają podwyższeniu przy zastosowaniu wskaźnika waloryzacji emerytur i rent w kolejnych terminach waloryzacji.

Zasad obniżania świadczeń nie stosuje się wobec osób, których emerytura policyjna wynosi co najmniej 75% podstawy wymiaru bez uwzględnienia podwyższenia z tytułu inwalidztwa, które ma związek ze służbą, oraz wobec osób pobierających policyjną rentę inwalidzką z tytułu inwalidztwa powstałego wskutek wypadku, który miał związek ze służbą, lub wskutek choroby wynikającej ze szczególnych właściwości bądź warunków służby, z tytułu których przysługują świadczenia odszkodowawcze.

7.2.6.2. Obniżanie lub zawieszanie policyjnych rent rodzinnych

W razie osiągnięcia przez osobę uprawnioną do policyjnej renty rodzinnej przychodu z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego renta rodzinna podlega regułom obniżania i zawieszania świadczeń na zasadach określonych w ustawie emerytalnej, z wyjątkiem przypadku, gdy śmierć funkcjonariusza ma związek ze służbą i jest następstwem czynu karalnego. W tej sytuacji wobec małżonka uprawnionego do renty rodzinnej i osiągniętego przychód z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego przy wypłacie policyjnej renty rodzinnej nie stosuje się przewidzianych w ustawie emerytalnej zasad obniżania i zawieszania tego świadczenia, co oznacza, że bez względu na wysokość osiąganego przychodu renta rodzinna jest wypłacana w pełnej wysokości.

7.2.7. Świadczenia ratownicze

Zasady przyznawania i wypłaty świadczenia ratowniczego od 1 stycznia 2022 r. regulują przepisy ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o ochotniczych strażach pożarnych (Dz.U. poz. 2490, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz.U. z 2022 r. poz. 1425, z późn. zm.). Świadczenie ratownicze finansowane jest z budżetu państwa.

Uprawnionymi do świadczenia ratowniczego są:

- strażacy ratownicy ochotniczych straży pożarnych,
- członkowie ochotniczych straży pożarnych,
- ratownicy górscy,
- członkowie specjalistycznej organizacji ratowniczej – Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego (GOPR) i Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego (TOPR).

Świadczenie ratownicze przysługuje osobom uprawnionym, jeżeli spełniają łącznie dwa warunki, tj.:

- mężczyźni – jeżeli przez co najmniej 25 lat czynnie uczestniczyli w działaniach ratowniczych lub akcjach ratowniczych oraz ukończyli 65 lat,
- kobiety – jeżeli przez co najmniej 20 lat czynnie uczestniczyły w działaniach ratowniczych lub akcjach ratowniczych oraz ukończyły 60 lat.

Przez czynne uczestnictwo należy rozumieć bezpośredni udział w działaniach ratowniczych lub akcjach ratowniczych co najmniej raz w roku.

Na wniosek osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika albo opiekuna prawnego prawo do świadczenia ratowniczego i jego wysokość ustala w formie decyzji Komendant Powiatowy (Miejski) Państwowej Straży Pożarnej właściwy dla siedziby ochotniczej straży pożarnej strażaka ratownika OSP, zwany „organem przyznającym”.

Wypłaty świadczenia ratowniczego dokonuje Dyrektor Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zwany „organem wypłacającym”.

Świadczenie ratownicze przysługuje od 1 stycznia 2022 r. w wysokości 200 zł miesięcznie. Podlega ono corocznej waloryzacji od 1 marca roku, w którym jest przeprowadzana, z tym że pierwsza waloryzacja świadczenia ratowniczego zostanie przeprowadzona od 1 marca 2023 r. Waloryzacja polega na pomnożeniu kwoty świadczenia ratowniczego w wysokości przysługującej ostatniego dnia lutego roku kalendarzowego, w którym przeprowadza się waloryzację, przez wskaźnik waloryzacji określony w ustawie emerytalnej. Tak ustaloną kwotę świadczenia ratowniczego zaokrągla się do pełnych złotych w górę.

Wysokość kwoty świadczenia ratowniczego należną od terminu waloryzacji ogłasza Prezes ZUS w komunikacie w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” co najmniej na 7 dni roboczych przed najbliższym terminem waloryzacji.

7.3. System zaopatrzenia społecznego sędziów

Instytucja stanu spoczynku dla sędziów została wprowadzona 1 stycznia 1998 r. na mocy ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o zmianie ustawy Prawo o ustroju sądów powszechnych oraz niektórych innych ustaw. (Dz.U. z 1997 r. nr 124, poz. 782, z późn. zm.).

Na podstawie tych przepisów od 1 stycznia 1998 r. wszyscy sędziowie (i prokuratorzy) zostali wyłączeni z powszechnego systemu ubezpieczenia społecznego, a od ich wynagrodzeń nie odprowadza się składek na ubezpieczenie społeczne. Sędziowie nie pobierają świadczeń z ubezpieczenia społecznego, w szczególności takich jak renta z tytułu niezdolności do pracy czy renta rodzinna, o których mowa w ustawie emerytalnej.

Regulacje dotyczące przechodzenia (przenoszenia) sędziów w stan spoczynku oraz zasad ustalania i wypłacania uposażenia sędziiego w stanie spoczynku i uposażenia rodzinnego zostały zawarte w ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 2072, z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 czerwca 2018 r. w sprawie uposażeń sędziów w stanie spoczynku i uposażeń rodzinnych członków rodzin sędziów i sędziów w stanie spoczynku oraz terminów przekazania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz.U. z 2018 r. poz. 1258).

7.3.1. Stan spoczynku

Zgodnie z ustawą Prawo o ustroju sądów powszechnych sędzia przechodzi lub jest przenoszony w stan spoczynku:

- po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego, który wynosi 65 lat (art. 69 § 1 u.s.p.), chyba że sędzia uzyskał zgodę Krajowej Rady Sądownictwa na dalsze zajmowanie stanowiska; wówczas sędzia może pozostawać na stanowisku, ale nie dłużej niż do ukończenia 70 roku życia; w takiej sytuacji przejście w stan spoczynku odbywa się na zasadach określonych w art. 69 § 3 zd. 2–4 u.s.p.,
- na swój wniosek w stan spoczynku może przejść sędzia, który na dzień 31 grudnia 2017 r. ma wymagany wiek i staż przepracowany na stanowisku sędziiego lub prokuratora, wynoszący odpowiednio dla kobiety 55 lat i minimum 25 lat stażu, a dla mężczyzny 60 lat i minimum 30 lat stażu; w takiej sytuacji przejście w stan spoczynku odbywa się na zasadach określonych w art. 69 § 2 i 2a u.s.p.,
- na swój wniosek w stan spoczynku może przejść sędzia, który jest kobietą, po ukończeniu 60 lat bez względu na okres przepracowany na stanowisku sędziiego lub prokuratora (art. 69 § 2b u.s.p.),

- z powodu choroby lub utraty sił (art. 70 u.s.p.),
- w razie zmiany ustroju sądów lub granic okręgów sądowych (art. 71 § 3 u.s.p.),
- jeśli bez uzasadnionej przyczyny nie poddał się badaniu, o którym mowa w art. 70 § 2 u.s.p., jeżeli z żądaniem badania wystąpiło kolegium sądu albo Minister Sprawiedliwości (art. 71 § 2 u.s.p.).

Sędziemu przeniesionemu w stan spoczynku przysługuje uposażenie w wysokości i na zasadach określonych w art. 100 u.s.p.

7.3.2. Uposażenie rodzinne

W przypadku śmierci sędziego lub sędziego w stanie spoczynku uprawnionym członkom rodziny sędziego zamiast renty rodzinnej przysługuje uposażenie rodzinne.

Uposażenie rodzinne przysługuje członkom rodziny sędziego, którzy spełniają warunki wymagane do uzyskania renty rodzinnej w myśl przepisów ustawy emerytalnej (art. 102 u.s.p.).

7.3.3. Zasiłek pogrzebowy

Zasiłek pogrzebowy przysługuje osobie lub instytucji, która pokryła koszty pogrzebu:

- sędziego,
- sędziego w stanie spoczynku,
- członka jego rodziny,
- osoby pobierającej uposażenie rodzinne,
- członka rodziny tej osoby.

Świadczenie to przysługuje w wysokości i na zasadach określonych dla zasiłku pogrzebowego z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (art. 101 u.s.p.).

7.3.4. Pozostałe świadczenia

Sędziowie w stanie spoczynku oraz osoby uprawnione do pobierania uposażenia rodzinnego mogą otrzymywać dodatkowe świadczenia, takie jak dodatek kombatancki, dodatek kompensacyjny i ryczałt energetyczny, o których mowa w ustawie o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego z dnia 24 stycznia 1991 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2039).

Osoby, które są uprawnione do uposażenia rodzinnego, mogą otrzymać dodatek dla sierot zupełnych w wysokości i na zasadach określonych w ustawie emerytalnej (art. 102 § 5 u.s.p.).

7.4. System zaopatrzenia społecznego prokuratorów

Od 1 stycznia 1998 r. na podstawie ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o zmianie ustawy – Prawo o ustroju sądów powszechnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 1997 r. nr 124, poz. 782, z późn. zm.) prokuratorzy zostali wyłączeni z powszechnego systemu ubezpieczenia społecznego, a od ich wynagrodzeń nie opłaca się składek na to ubezpieczenie.

Prawo o ustroju sądów powszechnych dotyczy również prokuratorów, mimo że prokuratura nie jest zaliczana przez Konstytucję RP do organów władzy sądowniczej. Wchodzi jednak w skład organów wymiaru sprawiedliwości. Status sędziego i prokuratora w zakresie wymogów zawodowych, wynagrodzenia, praw i obowiązków oraz zabezpieczenia społecznego zawsze były równe.

Instytucję stanu spoczynku prokuratorów reguluje ustawa z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze (Dz.U. z 2022 r. poz. 1247, z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 2072, z późn. zm.).

7.4.1. Zasady przechodzenia lub przeniesienia prokuratorów w stan spoczynku

Prokurator przechodzi w stan spoczynku w wieku 65 lat, niezależnie od zajmowanego stanowiska. Prokurator Generalny na wniosek prokuratora może wyrazić zgodę na dalsze zajmowanie stanowiska, nie dłużej niż do ukończenia przez prokuratora 70 roku życia. Prokurator Generalny wydaje taką decyzję po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Prokuratorów przy Prokuratorze Generalnym oraz opinii właściwego prokuratora przełożonego. Zainteresowany prokurator przedstawia zaświadczenie, że jest zdolny ze względu na stan zdrowia do pełnienia obowiązków prokuratora.

Prokurator na swój wniosek może przejść w stan spoczynku również przed ukończeniem 65 roku życia i zachować prawo do uposażenia. Musi jednak spełnić warunek wieku oraz stażu na stanowisku sędziego lub prokuratora. Musi ukończyć 55 lat i mieć staż wynoszący minimum 25 lat (kobieta) albo ukończyć 60 lat i mieć staż wynoszący minimum 30 lat (mężczyzna). Z tego uprawnienia mogą skorzystać osoby, które spełniły wymagane warunki do 31 grudnia 2017 r.

Ponadto prokurator będący kobietą może na swój wniosek przejść w stan spoczynku po ukończeniu 60 lat, niezależnie od okresu przepracowanego na stanowisku prokuratora lub sędziego.

W stan spoczynku może zostać przeniesiony prokurator:

- który z powodu choroby lub utraty sił został uznany przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską ZUS za trwale niezdolnego do pełnienia obowiązków prokuratora,
- który bez uzasadnionej przyczyny nie poddał się badaniu przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską ZUS, w przypadku gdy z żądaniem badania wystąpił przełożony prokuratora,
- w razie zmiany ustroju prokuratury lub zmiany granic okręgów prokuratury, jeżeli nie został przeniesiony do innej jednostki prokuratury.

7.4.2. Uposażenie prokuratorów w stanie spoczynku

Prokuratorowi przechodzącemu lub przeniesionemu w stan spoczynku z powodu wieku, choroby lub utraty sił przysługuje uposażenie w wysokości 75% wynagrodzenia zasadniczego i dodatku za wysługę lat pobieranych na ostatnio zajmowanym stanowisku.

Prokuratorowi, który został przeniesiony w stan spoczynku z powodu zmiany ustroju prokuratury lub zmiany granic okręgów prokuratury, przysługuje do czasu ukończenia 65 lat uposażenie w wysokości wynagrodzenia pobieranego na ostatnio zajmowanym stanowisku.

7.4.3. Uposażenie rodzinne dla członków rodzin prokuratorów

W przypadku śmierci prokuratora lub prokuratora w stanie spoczynku uprawnionym członkom jego rodziny zamiast renty rodzinnej przysługuje uposażenie rodzinne. Mogą je otrzymać członkowie rodziny prokuratora, którzy spełniają warunki wymagane do uzyskania renty rodzinnej w myśl przepisów ustawy emerytalnej (art. 127 ustawy Prawo o prokuraturze w zw. z art. 102 u.s.p.).

Prawo do renty rodzinnej przysługuje wdowie, jeżeli w chwili śmierci męża spełnia przynajmniej jeden z poniższych warunków:

- ma ukończone 50 lat,
- jest niezdolna do pracy,
- wychowuje co najmniej jedno z dzieci, wnuków lub rodzeństwa uprawnione do renty rodzinnej po zmarłym mężu, które nie osiągnęło 16 lat, a jeżeli kształci się w szkole – 18 lat,
- sprawuje pieczę nad dzieckiem całkowicie niezdolnym do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolnym do pracy, uprawnionym do renty rodzinnej.

Rodzice prokuratora mają prawo do renty rodzinnej, jeżeli prokurator bezpośrednio przed śmiercią przyczynił się do ich utrzymania oraz spełniają warunki dla wdowy i wdowca określone w art. 71 pkt 2 ustawy emerytalnej.

Uposażenie rodzinne wynosi:

- dla 1 osoby – 85% podstawy wymiaru,
- dla 2 osób – 90% podstawy wymiaru,
- dla 3 i więcej osób – 95% podstawy wymiaru.

Podstawę wymiaru stanowi uposażenie, jakie przysługiwało w chwili śmierci zmarłemu prokuratorowi lub prokuratorowi w stanie spoczynku.

W przypadku zbiegu prawa do uposażenia rodzinnego z prawem do emerytury lub renty uprawnionemu przysługuje jedno z tych świadczeń – zgodnie z jego wnioskiem.

Sierotom zupełnym przysługuje dodatek do uposażenia rodzinnego w wysokości i na zasadach określonych w ustawie emerytalnej.

7.4.4. Zasiłek pogrzebowy

Zasiłek pogrzebowy przysługuje osobie lub instytucji, która pokryła koszty pogrzebu:

- prokuratora,
- prokuratora w stanie spoczynku,
- członka jego rodziny,
- osoby pobierającej uposażenie rodzinne,
- członka rodziny tej osoby.

Świadczenie to przysługuje w wysokości i na zasadach określonych dla zasiłku pogrzebowego z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

7.4.5. Inne świadczenia

Prokuratorom w stanie spoczynku oraz osobom pobierającym uposażenie rodzinne posiadającym uprawnienia kombatanckie wypłacany jest odpowiednio dodatek kombatancki, dodatek kompensacyjny lub ryczałt energetyczny. Dodatki te pochodzą ze środków finansowych resortu sprawiedliwości.

Osoby, które są uprawnione do uposażenia rodzinnego, mogą otrzymać dodatek dla sierot zupełnych w wysokości i na zasadach określonych w ustawie emerytalnej.

Wypłatę uposażeń w stanie spoczynku oraz uposażeń rodzinnych realizują właściwe jednostki organizacyjne prokuratury.

8. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne

W 1999 r. polski system finansowania ochrony zdrowia przekształcono w system ubezpieczeniowo-budżetowy. Zastąpił on system, w którym środki pochodziły wyłącznie z budżetu państwa.

Świadczenia zdrowotne są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W jego skład wchodzi centrala i 16 oddziałów wojewódzkich, w ramach których mogą być tworzone placówki terenowe (delegatury).

Specyfiką polskiego systemu ubezpieczeń społecznych po reformie z 1999 r. jest rozdzielanie ubezpieczenia chorobowego i zdrowotnego.

Ubezpieczenie chorobowe zapewnia świadczenia pieniężne w razie choroby i macierzyństwa (zob. pkt 5.9–5.16, s. 82 i kolejne).

Z kolei powszechne **ubezpieczenie zdrowotne** to system odpowiedzialny za finansowanie ze środków publicznych:

- świadczeń profilaktycznych,
- świadczeń diagnostycznych,
- świadczeń leczniczych,
- świadczeń rehabilitacyjnych,
- zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Zakres tych świadczeń określa:

- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r.
- wydane na jej podstawie rozporządzenia ministra zdrowia.

Obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym jest objęta prawie cała ludność naszego kraju – obywatele Polski oraz cudzoziemcy spełniający warunki określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz w umowach dwustronnych o zabezpieczeniu społecznym (zob. pkt 2.2.2). Osoby, które nie podlegają temu obowiązkowi, a mieszkają w Polsce, mogą ubezpieczyć się dobrowolnie w NFZ. W tym celu należy złożyć pisemny wniosek w NFZ i zawrzeć umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z oddziałem wojewódzkim NFZ.

Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są również członkowie rodzin osób ubezpieczonych mieszkający na terytorium Polski, innego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i nie są uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

Głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej są składki na ubezpieczenie zdrowotne. Składka wynosi 9% podstawy jej wymiaru, przy czym od lutego 2022 r. osoby, które osiągają przychody z pozarolniczej działalności i opłacają podatek dochodowy w formie podatku liniowego, opłacają składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 4,9%. Osoby, które ubezpieczyły się dobrowolnie, opłacają składkę w wysokości 9%

zadeklarowanego dochodu. Dochód ten musi wynosić co najmniej tyle, ile wynosi przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku.

Składkę na ubezpieczenie zdrowotne pobierają Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, a następnie przekazują ją do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Składka za niektóre grupy osób jest finansowana z budżetu państwa. Do grup tych należą m.in.:

- rolnicy indywidualni, którzy prowadzą gospodarstwa rolne o powierzchni użytków rolnych poniżej 6 ha przeliczeniowych,
- małżonkowie i domownicy tych rolników,
- bezrobotni bez prawa do zasiłku,
- osoby pobierające zasiłki z opieki społecznej.

Z kolei rolnicy, którzy prowadzą gospodarstwa o powierzchni użytków od 6 ha przeliczeniowych oraz działają specjalnie produkcji rolnej, opłacają składkę indywidualnie za siebie, małżonka i domowników.

Rolnicy, którzy zawarli umowę o pomocy przy zbiorach z pomocnikami, opłacają za nich składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Od 1 stycznia 2017 r. sposób i tryb ustalania wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla rolników (oraz ich małżonków i domowników), którzy prowadzą działalność rolniczą w gospodarstwie rolnym, są uregulowane przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Część zadań z zakresu ochrony zdrowia nadal jest finansowana z budżetu państwa. Dotyczy to przede wszystkim nadzoru epidemiologicznego i farmaceutycznego, inwestycji oraz szkolnictwa medycznego. Ponadto z budżetu finansowane są niektóre świadczenia opieki zdrowotnej, takie jak obowiązkowe szczepienia ochronne realizowane w ramach Programu Szczepień Ochronnych, a także świadczenia udzielane w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych.

Dodatkowo z budżetu państwa realizowane są programy polityki zdrowotnej oraz programy wieloletnie służące zaspokajaniu rosnących potrzeb zdrowotnych wynikających m.in. ze zwiększonej zapadalności na choroby cywilizacyjne. Obecnie prowadzone są:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025,
- Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej,
- Narodowa Strategia Onkologiczna,
- Rządowy program kompleksowej terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonego – jako element poprawy stanu zdrowia dzieci nienarodzonych i noworodków na lata 2018–2023,
- Program badań przesiewowych noworodków w Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2019–2026,
- Rządowy program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w 2021–2023 r.,

- Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022–2026,
- Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2019–2023,
- Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki na lata 2021–2026,
- Rządowy Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026”.

Z budżetu państwa – po spełnieniu określonych warunków – finansowane są też koszty świadczeń udzielanych konkretnym grupom osób nieubezpieczonych. Są to:

- osoby o niskich dochodach, które uzyskują dostęp do świadczeń na podstawie decyzji wójta, burmistrza lub prezydenta,
- dzieci i osoby młode, które nie skończyły 18 lat,
- kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu,
- osoby uzależnione od narkotyków lub alkoholu,
- osoby z zaburzeniami psychicznymi,
- osoby chore na określone choroby zakaźne.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje następujące programy profilaktyczne:

- „Program profilaktyki raka piersi” (mammografia),
- „Program profilaktyki raka szyjki macicy” (cytologia),
- „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”,
- „Program profilaktyki chorób układu krążenia”,
- „Program badań prenatalnych”,
- „Program szczepień obowiązkowych”,
- „Rządowy Program Polityki Zdrowotnej Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026”,
- program profilaktyki gruźlicy,
- program badań przesiewowych raka jelita grubego.

Od 1 stycznia 2023 r., zgodnie z art. 48 ust. 1b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje ponadto – w zakresie zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych dokonanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia – następujące programy polityki zdrowotnej:

- profilaktyki, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego osób żyjących z HIV,
- profilaktyki, diagnostyki i leczenia lekami o bezpośrednim, swoistym działaniu przeciwwirusowym osób osadzonych w zakładach penitencjarnych z przewlekłym, wirusowym zapaleniem wątroby typu C,
- leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych.

Ze środków NFZ finansowane są również niektóre programy pilotażowe, np. „Profilaktyka 40 PLUS”.

W 2022 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazał do Narodowego Funduszu Zdrowia 117,7 mld zł z tytułu składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazała 3,6 mld zł.

8.1. Sposoby ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej

8.1.1. Składka zdrowotna dla osób prowadzących działalność gospodarczą

Od 1 stycznia 2022 r. podstawą wymiaru składki osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą jest co do zasady rzeczywisty dochód ubezpieczonego. Podstawa zależy od formy opodatkowania.

8.1.1.1. Składka zdrowotna dla osób opodatkowanych na zasadach ogólnych

Podstawą wymiaru składki dla osób opłacających podatek dochodowy według skali podatkowej (art. 27 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2647, z późn. zm.) – tzw. ustawy PIT), według 19% stawki podatku (art. 30c ustawy PIT), i opłacających podatek dochodowy z kwalifikowanych praw własności intelektualnej (art. 30ca ustawy PIT) jest dochód osiągnięty w danym miesiącu oraz roku.

Podstawa wymiaru składki za dany miesiąc nie może być niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia obowiązującego 1 stycznia danego roku. Po zakończeniu roku następować będzie roczne rozliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Dla podatników opodatkowanych podatkiem liniowym stawka składki zdrowotnej została obniżona do 4,9% podstawy wymiaru składki, co stanowi wyjątek od ogólnej zasady, zgodnie z którą stawka składki zdrowotnej wynosi 9% podstawy wymiaru.

8.1.1.2. Składka zdrowotna dla osób opłacających ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

Dla osób opłacających ryczałt od przychodów ewidencjonowanych istotna dla wysokości składki jest kwota rocznych przychodów. Składka zdrowotna liczona jest w 3 progach zależnych od przeciętnego wynagrodzenia, tzn. od podstawy, która stanowi 60%, 100% i 180% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, w zależności od osiągniętych przychodów wynoszących odpowiednio: 60 tys. zł, 60–300 tys. zł i pow. 300 tys. zł.

8.1.1.3. Składka zdrowotna dla osób stosujących opodatkowanie w formie karty podatkowej

Dla osób prowadzących działalność pozarolniczą, które stosują opodatkowanie w formie karty podatkowej, podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi kwota minimalnego wynagrodzenia obowiązującego 1 stycznia danego roku.

8.1.1.4. Składka zdrowotna dla pozostałych osób prowadzących działalność gospodarczą

Dla pozostałych osób prowadzących działalność pozarolniczą podstawą wymiaru jest kwota przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku.

8.1.1.5. Składka zdrowotna za osoby współpracujące

Dla osób współpracujących z osobami prowadzącymi działalność gospodarczą podstawa wymiaru składki wynosi obecnie 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku.

8.1.2. Składka zdrowotna dla pozostałych osób ubezpieczonych

Osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego inne niż przedsiębiorcy opłacają składkę zdrowotną w wysokości 9% podstawy jej wymiaru (np. przychodu z pracy najmniej pomniejszonego o składki na ubezpieczenia społeczne; kwoty emerytury lub renty, zasiłku dla bezrobotnych, świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych lub zasiłku stałego z pomocy społecznej itd.). Składki na ubezpieczenie zdrowotne opłacane są przez pracodawców, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i inne zakłady emerytalno-rentowe, ośrodki pomocy społecznej itp. (tj. przez płatników składki).

8.1.3. Składka zdrowotna dla osób ubezpieczających się dobrowolnie

Osoby, które ubezpieczyły się dobrowolnie, opłacają składki w wysokości 9% zadeklarowanego dochodu. Kwota ta nie może być niższa od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu łącznie z wypłatami z zysku.

Więcej informacji o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym można znaleźć na stronie www.nfz.gov.pl.

9. Wsparcie materialne dla rodzin, w szczególności dla rodzin z dziećmi

9.1. Świadczenie wychowawcze w ramach programu Rodzina 500+

Podstawową formę wsparcia rodzin wychowujących dzieci stanowi rządowy **program Rodzina 500+** wprowadzony 1 kwietnia 2016 r. ustawą z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz.U. z 2023 r. poz. 810). W ramach programu Rodzina 500+ rodzinom z dziećmi przysługuje świadczenie wychowawcze w wysokości 500 zł miesięcznie na dziecko do ukończenia przez nie 18 roku życia. Świadczenie wychowawcze przysługuje:

- rodzicom,
- opiekunom prawnym lub opiekunom faktycznym dziecka,
- rodzinie zastępczej,
- osobie prowadzącej rodzinny dom dziecka,
- dyrektorowi placówki opiekuńczo-wychowawczej,
- dyrektorowi regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej albo dyrektorowi interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego
- oraz w określonych przypadkach dyrektorom domu pomocy społecznej.

Od 1 lipca 2019 r. świadczenie wychowawcze ma charakter powszechny. Przysługuje na każde dziecko, które nie ukończyło 18 lat, niezależnie od dochodu rodziny.

Prawo do świadczenia wychowawczego jest ustalane na roczny okres świadczeniowy trwający od 1 czerwca do 31 maja następnego roku kalendarzowego.

Realizacją zadań związanych z przyjmowaniem wniosków o świadczenie wychowawcze, ich rozpatrywaniem oraz przyznawaniem i wypłatą tego świadczenia zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w 2022 r. przejął to zadanie w miejsce dotychczasowych realizatorów programu (tj. gmin – w sprawach świadczenia wychowawczego, powiatów – w sprawach dodatków wychowawczych przysługujących na dzieci w pieczy zastępczej oraz wojewodów – w sprawach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego).

Wnioski do ZUS można złożyć tylko drogą elektroniczną przez internet w jeden z następujących sposobów:

- za pośrednictwem Platformy Usług Elektronicznych (PUE) ZUS na www.zus.pl,
- za pośrednictwem aplikacji mobilnej mZUS,
- za pośrednictwem kanałów bankowości elektronicznej,
- poprzez portal informacyjno-usługowy Emp@tia prowadzony przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.

Wypłata przyznanego świadczenia odbywa się wyłącznie w formie bezgotówkowej, na wskazany we wniosku rachunek bankowy.

Świadczenie wychowawcze nie jest wliczane do dochodu przy ustalaniu prawa do innych świadczeń, np. z pomocy społecznej, rodzinnych, z funduszu alimentacyjnego, a także stypendiów dla uczniów i studentów.

W 2022 r. na świadczenia wychowawcze wydano z budżetu państwa 42 mld zł i objęto nimi 7 mln dzieci.

9.2. Świadczenie dobry start

Program Dobry Start został wprowadzony 1 czerwca 2018 r. rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu Dobry Start. Jest to program wsparcia rodzin z dziećmi w ponoszeniu wydatków związanych z rozpoczęciem roku szkolnego. Od 1 lipca 2021 r. obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu Dobry Start.

Program Dobry Start to kolejny obok programu Rodzina 500+ komponent kompleksowej i długofalowej polityki rodzinnej państwa. W ramach Dobrego Startu rodzice lub opiekunowie uczących się w szkole dzieci w wieku do 20 lat (w przypadku dzieci niepełnosprawnych – do 24 roku życia) raz w roku – w związku z rozpoczynającym się rokiem szkolnym – otrzymują świadczenie w wysokości 300 zł na dziecko. Świadczenie dobry start przysługuje niezależnie od osiąganego dochodu.

Osobami, które mogą ubiegać się o świadczenie dobry start, są:

- rodzice,
- opiekunowie faktyczni (zgodnie z definicją rozporządzenia opiekunem faktycznym jest osoba faktycznie opiekująca się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o jego przysposobienie),
- opiekunowie prawni dziecka.

O świadczenie dla dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej mogą ubiegać się:

- rodziny zastępcze,
- osoby prowadzące rodzinne domy dziecka,
- dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych,
- dyrektorzy regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych.

O świadczenie dobry start może ubiegać się także osoba ucząca się, czyli – zgodnie z definicją z rozporządzenia – „pełnoletnia osoba ucząca się w szkole niepozostająca na utrzymaniu rodziców w związku z ich śmiercią lub w związku z ustaleniem wyrokiem sądowym lub ugodą sądową prawa do alimentów z ich strony oraz osoba usamodzielniana, o której mowa w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej”.

Świadczenie dobry start jest przyznawane na wniosek strony. Realizacją zadań związanych z przyjmowaniem i rozpatrywaniem wniosków o świadczenie dobry start oraz

ustalaniem prawa do tego świadczenia od 1 lipca 2021 r. zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W 2022 r. na realizację programu Dobry Start wydano 1,4 mld zł. Świadczenie wypłacono opiekunom 4,6 mln uczniów.

9.3. Rodzinny kapitał opiekuńczy

1 stycznia 2022 r. wszedł w życie nowy instrument finansowy wsparcia rodzin – **rodzinny kapitał opiekuńczy** realizowany na podstawie ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym (Dz.U. z 2023 r. poz. 883). Rodzinny kapitał opiekuńczy przysługuje rodzicom na drugie i kolejne dziecko w rodzinie, od 12 do ukończenia przez nie 35 miesiąca życia. Kapitał przysługuje niezależnie od dochodu rodziny w łącznej maksymalnej wysokości 12 tys. zł na dziecko, a rodzice sami decydują, czy chcą otrzymać po 1 tys. zł miesięcznie przez rok, czy po 500 zł miesięcznie przez 2 lata.

Przyjmowaniem wniosków o rodzinny kapitał opiekuńczy, ich rozpatrywaniem oraz przyznawaniem i wypłatą tego świadczenia zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Wniosek o rodzinny kapitał opiekuńczy i załączniki do wniosku należy składać wyłącznie w formie elektronicznej, za pomocą tych samych systemów teleinformatycznych co wnioski o świadczenie dobry start oraz świadczenie wychowawcze w ramach programu Rodzina 500+, tj.:

- za pośrednictwem PUE ZUS,
- za pośrednictwem aplikacji mobilnej mZUS,
- poprzez bankowość elektroniczną,
- poprzez portal Emp@tia.

W 2022 r. na rodzinny kapitał opiekuńczy wydano 3,5 mld zł i objęto nim 551,8 tys. dzieci.

9.4. Dofinansowanie pobytu dziecka w instytucji opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3

Instrumentem wsparcia rodziców w obszarze opieki instytucjonalnej jest **dofinansowanie opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna** realizowane na podstawie ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. z 2023 r. poz. 204) w wysokości do 400 zł miesięcznie. Dofinansowanie przysługuje na dzieci nieobjęte rodzinnym kapitałem opiekuńczym i uczęszczające do wyżej wymienionej instytucji opieki oraz jest ustalane do momentu zakończenia opieki

w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna. Dofinansowanie jest przekazywane bezpośrednio prowadzącemu instytucję opieki, który ma obowiązek obniżyć opłatę rodziców za pobyt dziecka w instytucji.

W 2022 r. na dofinansowanie do opieki żłobkowej wydano z budżetu państwa 330 mln zł i objęto nim 81 tys. dzieci.

9.5. Świadczenia rodzinne

Warunki nabycia prawa do tych świadczeń określa ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 390, z późn. zm.). Świadczenia rodzinne są finansowane z budżetu państwa.

Ustalaniem prawa do świadczeń rodzinnych oraz wypłatą przyznanych świadczeń zajmuje się właściwy organ gminny. Jest nim wójt, burmistrz lub prezydent miasta właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby, która ubiega się o świadczenie lub je pobiera. Realizacja świadczeń rodzinnych może być przekazana także do jednostki organizacyjnej gminy, np. do ośrodka pomocy społecznej.

Aby uzyskać prawo do świadczenia rodzinnego i otrzymać ten rodzaj wsparcia, należy złożyć wniosek w urządzie gminy, miasta lub innej jednostce organizacyjnej gminy, np. w ośrodku pomocy społecznej, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania osoby wnioskującej.

W sprawach, w których zastosowanie mają unijne przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego – gdy członek rodziny przebywa w innym kraju UE, EOG lub w Szwajcarii – prawo do świadczeń rodzinnych ustala właściwy wojewoda. Świadczenia rodzinne przyznane przez wojewodę wypłaca właściwy organ gminny.

W ramach systemu świadczeń rodzinnych rodzinom przysługują 3 grupy świadczeń:

- 1) zasiłek rodzinny wraz z dodatkami,
- 2) świadczenia związane z urodzeniem dziecka,
- 3) świadczenia opiekuńcze.

9.5.1. Zasiłek rodzinny i dodatki do tego zasiłku

Zasiłek rodzinny przysługuje, jeśli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę w rodzinie lub dochód osoby uczącej się nie przekracza miesięcznie 674 zł netto. Gdy członkiem rodziny jest niepełnosprawne dziecko, próg dochodowy wzrasta do 764 zł netto.

W przypadku przekroczenia kryterium dochodowego warunkującego przyznanie prawa do zasiłku rodzinnego, a tym samym i dodatków do zasiłku rodzinnego, obowiązuje mechanizm „złotówka za złotówkę”. Jeśli rodzina ubiegająca się o zasiłek rodzinny wraz

z dodatkami przekroczy próg dochodowy, niekoniecznie zostanie wykluczona z systemu świadczeń rodzinnych. Taka rodzina może otrzymać świadczenia, o które się ubiega, ale odpowiednio pomniejszone o kwotę, o jaką przekroczyła kryterium dochodowe.

Zasiłek rodzinny przysługuje do ukończenia przez dziecko 18 roku życia lub do momentu ukończenia przez nie nauki w szkole, jednak nie dłużej niż do ukończenia 21 roku życia. W szczególnych przypadkach zasiłek rodzinny przysługuje do ukończenia przez dziecko 24 roku życia. Dzieje się tak, jeżeli:

- kontynuuje ono naukę w szkole (także wyższej) i ma orzeczenie o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności,
- jest pełnoletnie, uczy się w szkole (także wyższej) i nie jest na utrzymaniu rodziców (ponieważ zmarli albo zasądzone od nich alimenty na jego rzecz).

Prawo do zasiłku rodzinnego i dodatków do zasiłku przysługuje:

- rodzicowi dziecka,
- opiekunowi prawnemu dziecka,
- opiekunowi faktycznemu dziecka, który wystąpił z wnioskiem do sądu rodzinnego o jego przysposobienie,
- osobie pełnoletniej, która się uczy i nie pozostaje na utrzymaniu rodziców, ponieważ zmarli lub zasądzone od nich alimenty na jej rzecz.

Kwoty zasiłku rodzinnego wynoszą:

- 95 zł – na dziecko do ukończenia przez nie 5 roku życia,
- 124 zł – na dziecko od 5 roku życia do ukończenia 18 roku życia,
- 135 zł – na dziecko od 19 roku życia do ukończenia przez nie 24 roku życia.

Do zasiłku rodzinnego mogą być przyznane następujące dodatki:

- Dodatek z tytułu **urodzenia dziecka** – przysługuje jednorazowo w wysokości 1000 zł matce albo ojcu, opiekunowi prawnemu lub opiekunowi faktycznemu dziecka w wieku do ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia. Aby mogli go otrzymać biologiczni rodzice dziecka, matka powinna pozostawać pod opieką medyczną nie później niż 10 tygodnia ciąży do dnia porodu. Warunek ten potwierdza zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenie wystawione przez położną. Zaświadczenia takiego nie musi przedstawiać opiekun prawny, opiekun faktyczny dziecka ani rodzic adopcyjny, który stara się o ten dodatek.
- Dodatek z tytułu **opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego** w wysokości 400 zł miesięcznie – przysługuje matce lub ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka lub opiekunowi prawnemu dziecka przez:
 - 24 miesiące,
 - 36 miesięcy – jeżeli opiekuje się co najmniej 2 dzieci, które urodziły się podczas jednego porodu,
 - 72 miesiące kalendarzowe – jeżeli opiekuje się dzieckiem, które ma orzeczenie o niepełnosprawności albo o znacznym stopniu niepełnosprawności.
- Dodatek z tytułu **samotnego wychowywania dziecka** – przysługuje matce albo ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka albo opiekunowi prawnemu dziecka w wysokości 193 zł miesięcznie na dziecko. Dodatek nie może przekroczyć 386 zł miesięcznie na

wszystkie dzieci. Jeśli dziecko jest niepełnosprawne, dodatek wynosi 273 zł miesięcznie na to dziecko. W przypadku kilkorga dzieci niepełnosprawnych dodatek może wynieść maksymalnie 546 zł miesięcznie na wszystkie dzieci. Dodatek przysługuje, gdy drugie z rodziców dziecka nie żyje, ojciec dziecka jest nieznanym albo też powództwo o ustalenie świadczenia alimentacyjnego od drugiego z rodziców zostało oddalone.

- Dodatek z tytułu **wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej** – przysługuje matce lub ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka albo opiekunowi prawnemu dziecka w wysokości 95 zł miesięcznie na trzecie i każde kolejne dziecko w rodzinie uprawnione do zasiłku rodzinnego.
- Dodatek z tytułu **kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego** – przysługuje matce lub ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka albo opiekunowi prawnemu na dziecko niepełnosprawne do ukończenia przez nie 16 roku życia lub na dziecko, które ma orzeczoną niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym albo znacznym, do ukończenia przez nie 24 roku życia. Dodatek przysługuje także osobie uczącej się, która ma orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności. Dodatek wynosi miesięcznie:
 - 90 zł na dziecko do ukończenia przez nie 5 roku życia,
 - 110 zł na dziecko powyżej 5 roku życia do ukończenia przez nie 24 roku życia.
- Dodatek z tytułu **rozpoczęcia roku szkolnego** – przysługuje matce albo ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka albo opiekunowi prawnemu dziecka, a także osobie uczącej się. Dodatek wynosi 100 zł i jest wypłacany raz w roku, w związku z rozpoczęciem nowego roku szkolnego. Przysługuje również na dziecko, które rozpoczyna roczne przygotowanie przedszkolne.
- Dodatek z tytułu **podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania** – przysługuje matce albo ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka przez 10 miesięcy, od września do czerwca. Wynosi:
 - 113 zł miesięcznie, gdy dziecko lub osoba ucząca się podczas nauki mieszka w miejscowości, w której znajduje się siedziba szkoły ponadpodstawowej lub szkoły artystycznej, w której realizowany jest obowiązek szkolny i obowiązek nauki, a w przypadku dziecka lub osoby uczącej się legitymujących się orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności – także szkoły podstawowej,
 - 69 zł miesięcznie, gdy dziecko lub osoba ucząca się dojeżdża do szkoły ponadpodstawowej lub szkoły artystycznej, w której realizowany jest obowiązek szkolny i obowiązek nauki w zakresie odpowiadającym nauce w szkole ponadpodstawowej.

W 2022 r. na zasiłki rodzinne i dodatki do nich wydano z budżetu państwa łącznie 2,6 mld zł. Przeciętnie co miesiąc wypłacano 1,2 mln takich zasiłków.

9.5.2. Świadczenia związane z urodzeniem dziecka

Świadczenie rodzicielskie przysługuje osobom, które nie otrzymują zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia macierzyńskiego (czyli uposażenia za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub okres urlopu rodzicielskiego). Wynosi ono 1000 zł miesięcznie.

Świadczenie rodzicielskie przysługuje:

- matce albo ojcu dziecka,
- opiekunowi faktycznemu dziecka, który objął je opieką przed ukończeniem przez nie 14 roku życia,
- rodzinie zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, jeśli objęta opieką dziecko przed ukończeniem przez nie 7 roku życia albo 10 roku życia, jeśli dziecko ma odroczone obowiązki szkolne,
- osobie, która przysposobiła dziecko przed ukończeniem przez nie 14 roku życia.

Uprawnione do tego świadczenia mogą być m.in. następujące osoby, którym nie przysługuje zasiłek macierzyński:

- bezrobotni,
- studenci,
- osoby, które wykonują pracę na podstawie umów cywilnoprawnych bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego,
- osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, które nie były objęte dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Świadczenie rodzicielskie nie zależy od kryterium dochodowego i przysługuje przez co najmniej rok (52 tygodnie) od urodzenia, przysposobienia lub objęcia dziecka opieką. Jeśli podczas jednego porodu urodzi się co najmniej 2 dzieci albo jednocześnie zostanie przysposobionych lub objętych opieką co najmniej 2 dzieci, okres pobierania świadczenia jest dłuższy. Zależy on od liczby dzieci urodzonych, przysposobionych albo objętych opieką. Świadczenie może być wypłacane przez maksymalnie 71 tygodni.

W 2022 r. na świadczenia rodzicielskie wydano z budżetu państwa 678,4 mln zł. Przeciętnie co miesiąc wypłacano 62,2 tys. takich świadczeń.

Jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka, tzw. becikowe, przysługuje matce lub ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka.

Wniosek o jej wypłatę należy złożyć w ciągu 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka. Natomiast jeżeli wniosek dotyczy dziecka objętego opieką prawną, opieką faktyczną albo dziecka przysposobionego – w ciągu 12 miesięcy, od kiedy dziecko zostało objęte opieką lub przysposobione, nie później niż do czasu, aż skończy 18 lat.

Świadczenie to można uzyskać, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekracza 1922 zł netto miesięcznie. Zapomoga przysługuje jednorazowo w wysokości 1000 zł na jedno dziecko.

Zapomoga przysługuje tylko wtedy, gdy matka dziecka pozostawała pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do porodu. Musi to potwierdzić lekarz lub położna na odpowiednim zaświadczeniu. Opiekun prawny, opiekun faktyczny dziecka lub rodzic adopcyjny ubiegający się o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka nie musi przedstawiać takiego zaświadczenia.

W 2022 r. na jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka wydano z budżetu państwa 152,9 mln zł.

Osobom mieszkającym na terenie danej gminy może przysługiwać jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka. Świadczenie to jest finansowane ze środków własnych gminy, a zasady jego udzielania określa uchwała rady gminy.

9.5.3. Dodatkowe świadczenia na rzecz rodziny

Gmina ma również możliwość przyznania dodatkowego świadczenia na rzecz rodziny. Rada gminy, biorąc pod uwagę lokalne potrzeby swoich mieszkańców, może w drodze uchwały ustanowić świadczenia na rzecz rodziny. Decyzja o tym, czy oraz w jakiej wysokości wprowadzić takie dodatkowe świadczenie, należy do rady gminy. Świadczenie to finansowane jest ze środków własnych gminy.

9.5.4. Świadczenia opiekuńcze

Do świadczeń opiekuńczych należą:

- zasiłek pielęgnacyjny,
- specjalny zasiłek opiekuńczy,
- świadczenie pielęgnacyjne.

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje:

- dziecku z niepełnosprawnością,
- osobie z niepełnosprawnością, która ma więcej niż 16 lat i uzyskała orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- osobie z niepełnosprawnością, która ma więcej niż 16 lat i uzyskała orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność pojawiła się, zanim ta osoba skończyła 21 lat,
- osobie, która skończyła 75 lat.

Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie, która ma prawo do dodatku pielęgnacyjnego, ani osobie znajdującej się w instytucji, która zapewnia nieodpłatnie całodobowe utrzymanie.

Od 1 listopada 2019 r. zasiłek pielęgnacyjny wynosi 215,84 zł miesięcznie.

W 2022 r. na zasiłki pielęgnacyjne wydano z budżetu państwa 2,4 mld zł. Przeciętnie co miesiąc wypłacano 924 tys. takich zasiłków.

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom, na których zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym ciąży obowiązek alimentacyjny względem osoby niepełnosprawnej, oraz małżonkom. Osoby te otrzymają to świadczenie, o ile nie podejmą jakiegokolwiek zatrudnienia ani innej pracy zarobkowej lub zrezygnowały z nich, aby osobiście opiekować się bliskim legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego zwykle ustala się na okres zasiłkowy, który trwa od 1 listopada do 30 października następnego roku kalendarzowego. Inaczej jest w przypadku, gdy orzeczenie o niepełnosprawności zostało wydane na czas określony. Wtedy prawo do tego zasiłku ustala się do końca miesiąca, w którym upływa termin ważności orzeczenia, nie dłużej jednak niż do końca okresu zasiłkowego.

Prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego zależy od wysokości łącznego dochodu rodziny osoby sprawującej opiekę oraz rodziny osoby wymagającej opieki. Dochód ten nie może przekroczyć 764 zł netto miesięcznie w przeliczeniu na osobę w rodzinie osoby sprawującej opiekę oraz osoby wymagającej opieki. Zasiłek ten nie przysługuje osobie, która ma ustalone prawo do świadczenia pielęgnacyjnego.

Specjalny zasiłek opiekuńczy wynosi 620 zł miesięcznie.

Za osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy są zwykle również opłacane składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz ubezpieczenie zdrowotne.

Składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz ubezpieczenie zdrowotne za osobę pobierającą specjalny zasiłek opiekuńczy opłaca wójt, burmistrz lub prezydent miasta.

W 2022 r. na specjalne zasiłki opiekuńcze (łącznie ze składkami na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz zdrowotne) wydano z budżetu państwa 127 mln zł. Przeciętnie co miesiąc wypłacano 13,4 tys. takich zasiłków.

Świadczenie pielęgnacyjne otrzymują osoby, które nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej albo rezygnują z niej, aby osobiście opiekować się:

- niepełnosprawnym dzieckiem o szczególnych wskazaniach co do opieki osoby trzeciej,
- osobą z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

O świadczenie pielęgnacyjne mogą się ubiegać:

- rodzice,
- osoba spokrewniona, która jest dla dziecka rodziną zastępczą,
- opiekun faktyczny, czyli osoba, która rzeczywiście opiekuje się dzieckiem, o ile wystąpiła do sądu rodzinnego z wnioskiem o jego przysposobienie,
- inni krewni osoby niepełnosprawnej zobowiązani do alimentacji, z wyjątkiem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Opiekun ma prawo do świadczenia pielęgnacyjnego niezależnie od dochodów rodziny i przez czas nieokreślony. Jednak jeżeli orzeczenie o niepełnosprawności albo o znacznym stopniu niepełnosprawności zostało wydane na czas określony, prawo do świadczenia przysługuje do końca miesiąca, w którym upływa termin ważności orzeczenia.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje, jeżeli niepełnosprawność osoby wymagającej opieki powstała przed ukończeniem przez nią:

- 18 lat,
- 25 lat, jeżeli była w trakcie nauki w szkole (także wyższej).

W 2022 r. kwota świadczenia pielęgnacyjnego wynosiła 2119 zł miesięcznie, a od 1 stycznia 2023 r. wynosi 2458 zł miesięcznie.

Składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz ubezpieczenie zdrowotne za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne opłaca wójt, burmistrz lub prezydent miasta.

W 2022 r. na świadczenia pielęgnacyjne (łącznie ze składkami na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz zdrowotne) wydano z budżetu państwa 6,6 mld zł. Przeciętnie co miesiąc wypłacano 217 tys. takich świadczeń.

9.6. Świadczenia z funduszu alimentacyjnego

Świadczenia z funduszu alimentacyjnego są wsparciem dla uprawnionych do alimentów dzieci, których rodzic uchyla się od tego obowiązku, a egzekucja wobec niego jest bezskuteczna. Fundusz alimentacyjny jest finansowany z budżetu państwa, zgodnie z ustawą z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz.U. z 2023 r. poz. 1300).

Postępowanie w sprawie ustalania prawa do świadczenia z funduszu alimentacyjnego prowadzi wójt, burmistrz, prezydent miasta albo upoważniony kierownik lub pracownik ośrodka pomocy społecznej lub innej jednostki organizacyjnej gminy, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby, która stara się o to świadczenie.

Prawo do świadczenia z funduszu alimentacyjnego organ właściwy ustala na wniosek osoby uprawnionej lub jej przedstawiciela ustawowego. Organ ten realizuje również wypłatę świadczeń z funduszu alimentacyjnego.

Osobą uprawnioną do świadczenia z funduszu alimentacyjnego jest dziecko, które ma zasądzone alimenty od rodzica, ale ich egzekucja jest bezskuteczna. Świadczenie z funduszu alimentacyjnego przysługuje osobie uprawnionej:

- do ukończenia przez nią 18 roku życia,
- do ukończenia przez nią 25 roku życia, gdy uczy się w szkole (także wyższej),
- bezterminowo, jeżeli ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Egzekucję uznaje się za bezskuteczną, gdy w ciągu ostatnich 2 miesięcy nie wyegzekwowano pełnej kwoty należności z tytułu zaległych i bieżących zobowiązań alimentacyjnych.

Osoba uprawniona musi spełnić również kryterium dochodowe, które wynosi 900 zł netto na osobę w rodzinie. Od 1 października 2023 r. przy ustalaniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego na nowy okres świadczeniowy kwota kryterium dochodowego wynosi 1209 zł netto miesięcznie na osobę w rodzinie.

Dodatkowo przy ustalaniu prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego obowiązuje tzw. mechanizm „złotówka za złotówkę”. Mechanizm ten zakłada, że przekroczenie przez osobę uprawnioną progu dochodowego uprawniającego do świadczeń z funduszu alimentacyjnego nie będzie automatycznie skutkowało utratą prawa do tych

świadczeń, lecz jedynie pomniejszeniem świadczenia o kwotę przekroczenia kryterium dochodowego.

Świadczenie z funduszu alimentacyjnego przyznaje się zwykle na tzw. okres świadczeniowy. Trwa on 12 miesięcy: od 1 października do 30 września następnego roku. Świadczenie przysługuje w wysokości aktualnie ustalonych alimentów, jednak nie może wynosić więcej niż 500 zł miesięcznie na każde z dzieci, które są uprawnione do alimentów.

Od 1 maja 2010 r. świadczenia z funduszu alimentacyjnego nie podlegają przepisom o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

W 2022 r. na świadczenia z funduszu alimentacyjnego wydano z budżetu państwa 952 mln zł. Przeciętnie miesięcznie wypłacano 189 tys. takich świadczeń.

9.7. Zasiłek dla opiekuna

Zasiłek dla opiekuna otrzymują nieaktywni zawodowo opiekunowie dorosłych osób niepełnosprawnych, jeśli decyzje w sprawie przysługujących im świadczeń pielęgnacyjnych wygasty z mocy prawa 1 lipca 2013 r. Jest on wypłacany przez gminy na podstawie ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1297) w związku z realizacją wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 grudnia 2013 r.

O zasiłek dla opiekuna mogą ubiegać się tylko te osoby, które miały już ustalone prawo do tego świadczenia i chcą kontynuować jego pobieranie w związku z otrzymaniem przez osobę wymagającą opieki kolejnego orzeczenia o niepełnosprawności.

Zasiłek dla opiekuna przysługuje w wysokości 620 zł miesięcznie.

W 2022 r. na zasiłki dla opiekuna (łącznie ze składkami na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i zdrowotne oraz ustawowe odsetki) wydano z budżetu państwa 46,2 mln zł. Przeciętnie co miesiąc wypłacano 5,2 tys. takich zasiłków.

Więcej informacji o wsparciu materialnym dla rodzin można znaleźć na stronie www.gov.pl w zakładce [Ministerstwa] → [Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej].

10. Świadczenia z tytułu bezrobocia

Zadania państwa w zakresie promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej określa ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2022 r. poz. 690, z późn. zm.).

Zadania te są wykonywane na podstawie „Krajowego planu działań na rzecz zatrudnienia”, który uchwała Rada Ministrów (zawiera on zasady realizacji „Europejskiej strategii zatrudnienia”), oraz inicjatyw samorządu gminy, powiatu, województwa i partnerów społecznych.

Projekt „Krajowego planu działań...” przygotowuje minister właściwy do spraw pracy. Powinien współdziałać przy tym z ministrem właściwym do spraw gospodarki, ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania oraz ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego. Następnie minister właściwy do spraw pracy przedstawia projekt do zaopiniowania Radzie Rynku Pracy.

Do usług i instrumentów, które mają promować zatrudnienie, łagodzić skutki bezrobocia i zwiększać aktywność zawodową obywateli, należą m.in.:

- pośrednictwo pracy,
- poradnictwo zawodowe,
- szkolenia,
- refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy dla bezrobotnych skierowanych przez urząd pracy, ponoszonych przez podmioty prowadzące działalność gospodarczą,
- jednorazowe środki finansowe na podjęcie działalności gospodarczej przeznaczone dla bezrobotnych.

Działania w zakresie zapobiegania bezrobociu i łagodzenia jego skutków są finansowane ze środków Funduszu Pracy. Jest on tworzony głównie z obowiązkowych składek.

Wysokość składki na Fundusz Pracy określana jest corocznie w ustawie budżetowej.

W 2021 r. składka na Fundusz Pracy wynosiła 1% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. W 2022 r. pozostała na tym samym poziomie.

Zgodnie ze sprawozdaniem MRiPS-02 o przychodach i wydatkach Funduszu Pracy według stanu na 31 grudnia 2022 r. łączne przychody Funduszu Pracy w 2022 r. wyniosły 8 833 255 882,25 zł. Z tytułu obowiązkowej składki wpłynęło 7 322 767 824,58 zł. Wpływy ze środków Unii Europejskiej wyniosły 1 373 613 523,45 zł, a pozostałe przychody Funduszu Pracy wyniosły 136 874 534,22 zł.

Podstawowymi grupami wydatków w strukturze wydatków Funduszu Pracy są:

- programy przeciwdziałania bezrobociu,
- wydatki na zasiłki dla bezrobotnych (razem ze składką na ubezpieczenia społeczne),
- dodatki aktywizacyjne i świadczenia integracyjne,
- zasiłki i świadczenia przedemerytalne.

10.1. Zasiłek dla bezrobotnych

10.1.1. Uprawnieni do zasiłku dla bezrobotnych

Zasiłek dla bezrobotnych przysługuje osobie zarejestrowanej jako bezrobotna we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy. Status osoby bezrobotnej może uzyskać osoba, która ukończyła 18 lat i jednocześnie nie ukończyła 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn oraz nie jest zatrudniona i nie wykonuje innej pracy zarobkowej na podstawie umów cywilnoprawnych ani nie uczy się w szkole, z wyjątkiem szkoły dla dorosłych.

10.1.2. Warunki przyznania prawa do zasiłku dla bezrobotnych

Zasiłek dla bezrobotnych przysługuje osobie, która straciła pracę i zanim zarejestrowała się w urzędzie pracy, przez co najmniej 365 dni w ciągu 18 miesięcy spełniała jeden z poniższych warunków:

- była zatrudniona i otrzymywała wynagrodzenie w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę, od którego należało opłacać składki na Fundusz Pracy,
- wykonywała pracę na podstawie umowy o pracę nakładczą i osiągała z tego tytułu dochód w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę,
- świadczyła usługi na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług albo współpracowała przy wykonywaniu takich umów, przy czym podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy była równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę,
- opłacała składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności lub współpracy przy jej prowadzeniu, przy czym podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy była równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę,
- wykonywała pracę w okresie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, a podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, którą opłacano za nią z tego tytułu, była równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę,
- wykonywała pracę w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych i była członkiem tej spółdzielni, a podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, którą opłacano za nią z tego tytułu, była równa co najmniej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę,
- opłacała składkę na Fundusz Pracy w związku z zatrudnieniem lub wykonywaniem innej pracy zarobkowej za granicą u pracodawcy zagranicznego w państwie, które nie

należy do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, w wysokości 9,75% przeciętnego wynagrodzenia za każdy miesiąc zatrudnienia,

- była zatrudniona za granicą i przybyła do Polski jako repatriant,
- była zatrudniona, pełniła służbę lub wykonywała inną pracę zarobkową i osiągała wynagrodzenie lub dochód, od którego należało opłacać składkę na Fundusz Pracy.

Ponadto do wskazanego okresu 365 dni zalicza się takie okresy jak np. pobieranie renty z tytułu niezdolności do pracy, pobieranie zasiłków z ubezpieczenia chorobowego, okresy urlopów wychowawczych, okresy służby wojskowej.

10.1.3. Wysokość zasiłku dla bezrobotnych

Wysokość zasiłku dla bezrobotnych zależy od stażu pracy osoby bezrobotnej:

- do 5 lat – przysługuje zasiłek w wysokości 80% zasiłku podstawowego,
- między 5 a 20 lat – przysługuje 100% zasiłku podstawowego,
- co najmniej 20 lat – przysługuje zasiłek w wysokości 120% zasiłku podstawowego.

10.1.4. Okres pobierania zasiłku

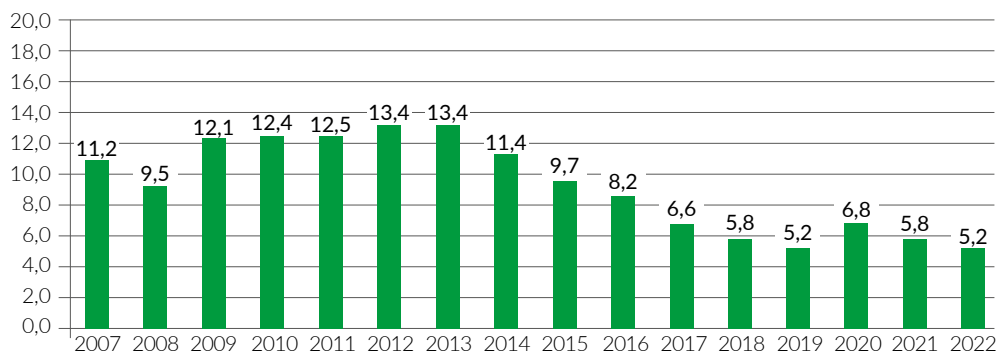
Okres pobierania zasiłku wynosi:

- 180 dni – dla bezrobotnych zamieszkałych na obszarze powiatu, którego stopa bezrobocia 30 czerwca roku poprzedzającego dzień nabycia prawa do zasiłku nie przekraczała 150% przeciętnej stopy bezrobocia w kraju,
- 365 dni – dla bezrobotnych:
 - zamieszkałych na obszarze powiatu, którego stopa bezrobocia 30 czerwca roku poprzedzającego dzień nabycia prawa do zasiłku przekraczała 150% przeciętnej stopy bezrobocia w kraju, albo
 - powyżej 50 roku życia oraz posiadających co najmniej 20-letni okres uprawniający do zasiłku, albo
 - mających na utrzymaniu co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat, w sytuacji kiedy małżonek jest także osobą bezrobotną i utracił prawo do zasiłku z powodu upływu okresu jego pobierania, albo
 - samotnie wychowujących co najmniej jedno dziecko w wieku do 15 lat.

Na koniec 2022 r. w urzędach pracy zarejestrowanych było 812,3 tys. osób bezrobotnych, w tym 375,9 tys. mężczyzn (46,3%) i 436,4 tys. kobiet (53,7%).

Na koniec 2022 r. stopa bezrobocia rejestrowanego w Polsce wyniosła 5,2%.

Stopa bezrobocia rejestrowanego w Polsce w latach 2007–2022 (w %)



Stopa bezrobocia rejestrowanego w Polsce w latach 2007–2022

Rok	Stopa bezrobocia rejestrowanego (w %)
2007	11,2
2008	9,5
2009	12,1
2010	12,4
2011	12,5
2012	13,4
2013	13,4
2014	11,4
2015	9,7
2016	8,2
2017	6,6
2018	5,8
2019	5,2
2020	6,8
2021	5,8
2022	5,2

Współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 15–89 lat wyniósł w 2022 r. 58%, przy czym współczynnik ten dla kobiet wynosił 50,8%, a dla mężczyzn – 65,8% (na podst. Banku Danych Lokalnych GUS).

W 2022 r. wskaźnik zatrudnienia (udział ludności pracującej w ogólnej liczbie ludności w wieku 15–89 lat) wyniósł 56,3%, przy czym wskaźnik ten dla kobiet wynosił 49,3%, a dla mężczyzn – 64%.

Na koniec 2022 r. prawo do zasiłku miało 115,4 tys. osób, czyli 14,2% wszystkich zarejestrowanych osób bezrobotnych.

Stawki zasiłków dla bezrobotnych – stan prawny na 1 czerwca 2022 r.

Zasiłki i świadczenia zostały zwaloryzowane od 1 czerwca 2022 r. o średnioroczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w 2021 r., który w stosunku do 2020 r. wyniósł 105,1 (wzrost cen o 5,1%), zgodnie z Komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 14 stycznia 2022 r. w sprawie średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w 2021 r. (M.P. z 2022 r. poz. 31).

Staż pracy	% zasiłku podstawowego	Miesięcznie (w zł)	
		prawo do zasiłku przez pierwsze 90 dni	prawo do zasiłku w kolejnych dniach
poniżej 5 lat	80 (obniżony)	1043,30	819,30
5–20 lat	100 (podstawowy)	1304,10	1024,10
powyżej 20 lat	120 (podwyższony)	1565,00	1229,00

Więcej informacji o świadczeniach z tytułu bezrobocia można znaleźć na stronie www.psz.praca.gov.pl w zakładce [Rynek pracy] → [Stawki, kwoty, wskaźniki].

11. Pomoc społeczna

11.1. Zakres i kryteria przyznawania pomocy społecznej

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu wspieranie osób i rodzin w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych, z którymi nie są w stanie sobie poradzić, wykorzystując własne możliwości i uprawnienia. W jej ramach próbuje się także podejmować działania, dzięki którym osoby i rodziny zagrożone wykluczeniem będą miały większe szanse na usamodzielnienie się oraz integrację ze środowiskiem.

Pomoc społeczną organizują organy administracji:

- rządowej:
 - minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego,
 - wojewodowie,
- samorządowej:
 - marszałkowie województw,
 - starostowie na poziomie powiatów,
 - wójtowie, burmistrzowie i prezydenci miast na poziomie gmin.

Realizując zadania z zakresu pomocy społecznej, organy te współpracują na zasadzie partnerstwa z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Prawo do świadczeń z pomocy społecznej przysługuje osobom i rodzinom, których dochody nie przekraczają ustalonego pułapu, a jednocześnie występuje w ich przypadku co najmniej jedna z niżej wymienionych okoliczności:

- ubóstwo,
- sieroctwo,
- bezdomność,
- bezrobocie,
- niepełnosprawność,
- długotrwała lub ciężka choroba,
- przemoc w rodzinie,
- potrzeba ochrony w przypadku ofiar handlu ludźmi,
- potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
- trudności w integracji w przypadku cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą,
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- alkoholizm lub narkomania,

- zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa,
- klęska żywiołowa lub ekologiczna.

Kryteria dochodowe weryfikowane są co 3 lata na podstawie prognozy interwencji socjalnej. Ostatnio zmieniono je w 2021 r. Rada gminy może jednak w drodze uchwały podwyższyć kwoty uprawniające do zasiłków: okresowego i celowego.

Świadczenia pomocy społecznej udzielane są na wniosek osoby zainteresowanej, jej przedstawiciela ustawowego (np. w przypadku dziecka – jego rodziców lub opiekunów prawnych) albo innej osoby. Jednak w niektórych sytuacjach, zwłaszcza w stosunku do osób, które nie mają świadomości swoich praw, pomocy społecznej udziela się z urzędu.

Świadczenia przyznawane są w drodze decyzji administracyjnej. W niektórych wypadkach decyzji takiej nie wydaje się.

Decyzję, czy rodzinie należy udzielić pomocy, podejmuje się na podstawie **rodzinnego wywiadu środowiskowego**. Wywiad przeprowadza pracownik socjalny w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby albo rodziny ubiegających się o pomoc. Jeśli wnioskujący nie zgadza się na wywiad, stanowi to podstawę, aby odmówić przyznania świadczenia, uchylić decyzję o przyznaniu świadczenia lub wstrzymać wypłatę świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej. Pracownik socjalny przeprowadza wywiad w ciągu 14 dni roboczych od złożenia przez zainteresowanego wniosku o pomoc. Celem wywiadu jest rozeznanie sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej osób i rodzin ubiegających się o pomoc.

W systemie pomocy społecznej przez rodzinę rozumie się osoby spokrewnione i niespokrewnione, które pozostają w faktycznym związku, wspólnie mieszkają i gospodarują. Dlatego pracownik socjalny zbiera informacje dotyczące wszystkich tych osób, a nie tylko osoby, która wystąpiła z wnioskiem o pomoc. W pomocy społecznej podejście do osoby lub rodziny jest zindywidualizowane i każdy przypadek rozpatruje się odrębnie.

11.2. Świadczenia pieniężne z pomocy społecznej

Prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej przysługuje osobom, które spełniają kryterium dochodowe. Wynosi ono 776 zł miesięcznie dla osób, które prowadzą gospodarstwo domowe samotnie, a 600 zł na osobę w rodzinie. Takie kwoty obowiązują od 1 stycznia 2022 r.

Dochód to suma miesięcznych przychodów wszystkich członków rodziny. Przychody pomniejsza się przy tym o podatek dochodowy od osób fizycznych, koszty uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenia społeczne oraz alimenty wypłacane na rzecz innych osób.

Do dochodu nie wlicza się:

- jednorazowego pieniężnego świadczenia socjalnego,
- zasiłku celowego,
- pomocy materialnej, która ma charakter socjalny albo motywacyjny i jest przyznawana na podstawie przepisów oświatowych,
- wartości świadczenia w naturze,
- świadczenia przysługującego osobie bezrobotnej na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych,
- świadczenia pieniężnego i pomocy pieniężnej, o których mowa w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej, osobach represjonowanych z powodów politycznych oraz w ustawie z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego,
- świadczenia wypłacanego na podstawie ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
- świadczenia wypłacanego na podstawie ustawy z dnia 31 maja 1996 r. o osobach deportowanych do pracy przymusowej oraz osadzonych w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
- świadczenia na podstawie ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych,
- świadczenia na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych,
- dochodu z powierzchni użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego,
- świadczenia wychowawczego,
- świadczenia pieniężnego, o którym mowa w ustawie z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka,
- świadczenia pieniężnego przyznawanego na podstawie art. 9 ustawy z dnia 22 listopada 2018 r. o grobach weteranów walk o wolność i niepodległość Polski,
- nagrody specjalnej Prezesa Rady Ministrów przyznawanej na podstawie art. 31a ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów,
- pomocy finansowej przyznawanej repatriantom, o której mowa w ustawie z dnia 9 listopada 2000 r. o repatriacji,
- środków finansowych przyznawanych w ramach działań podejmowanych przez organy publiczne, mających na celu poprawę jakości powietrza lub ochronę środowiska naturalnego,
- zwrotu kosztów, o których mowa w art. 39a ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe,
- kwoty dodatku energetycznego, o którym mowa w art. 5c ustawy z dnia 10 kwietnia 1997 r. – Prawo energetyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 716, z późn. zm.),
- kwoty dodatku osłonowego, o którym mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o dodatku osłonowym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1),

- kwoty dodatku węglowego, o którym mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o dodatku węglowym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1692),
- kwoty dodatku dla gospodarstw domowych z tytułu wykorzystywania niektórych źródeł ciepła, o którym mowa w art. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie niektórych źródeł ciepła w związku z sytuacją na rynku paliw (Dz.U. z 2022 r. poz. 1967),
- kwoty dodatku elektrycznego, o którym mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach służących ochronie odbiorców energii elektrycznej w 2023 roku w związku z sytuacją na rynku energii elektrycznej.

Przy ustalaniu uprawnień do świadczeń z pomocy społecznej brany jest pod uwagę dochód osoby lub rodziny z miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym złożyła wniosek. Natomiast w przypadku utraty dochodu, np. w związku z utratą pracy czy prawa do świadczenia – z tego miesiąca, w którym złożyła wniosek.

Przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 345 zł. Kwotę tę sprawdza się w okresie weryfikacji kryteriów dochodowych.

W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą dochód oznacza przychód z pozarolniczej działalności gospodarczej pomniejszony o koszty jego uzyskania, podatek, składki na ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenia społeczne, których nie zaliczono do kosztów uzyskania przychodu, a które są związane z prowadzeniem tej działalności oraz odliczane od dochodu.

11.2.1. Zasiłek stały

Zasiłek stały przysługuje osobie pełnoletniej, która:

- gospodaruje samotnie i jest albo niezdolna do pracy z powodu wieku, albo całkowicie niezdolna do pracy (np. z powodu umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności), jeżeli jej dochód jest niższy niż 776 zł miesięcznie; zasiłek to różnica między jej miesięcznym dochodem a kwotą kryterium dochodowego (np. przy dochodzie 250 zł zasiłek wyniesie $776 \text{ zł} - 250 \text{ zł} = 526 \text{ zł}$),
- mieszka z rodziną i jest albo niezdolna do pracy z powodu wieku, albo całkowicie niezdolna do pracy, jeżeli dochód na osobę w rodzinie jest niższy niż 600 zł miesięcznie; zasiłek to różnica między jej miesięcznym dochodem a kwotą kryterium dochodowego.

W przypadku osoby, która mieszka z rodziną, uwzględnia się zarówno dochód osoby uprawnionej do zasiłku, jak i dochód w przeliczeniu na osobę w rodzinie. Ani jeden, ani drugi nie może przekroczyć 600 zł miesięcznie.

Zasiłek nie przysługuje, jeżeli osoba, która się o niego ubiega, ma prawo do:

- renty socjalnej,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- specjalnego zasiłku opiekuńczego,
- zasiłku dla opiekuna.

Prawo do świadczeń z pomocy społecznej, a więc również do zasiłku stałego, nie przysługuje osobie, która odbywa karę pozbawienia wolności, chyba że odbywa ją w systemie dozoru elektronicznego. Natomiast gdy do tego świadczenia ma prawo osoba tymczasowo aresztowana, zawiesza się je na okres tymczasowego aresztowania.

11.2.2. Zasiłek okresowy

Zasiłek okresowy przysługuje w szczególności ze względu na: długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie lub możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego. Może go otrzymywać osoba samotnie gospodarująca lub rodzina, której dochód nie przekracza ustawowego kryterium dochodowego, czyli odpowiednio 776 zł lub 600 zł na osobę w rodzinie.

Wysokość przyznanego zasiłku okresowego zależy od dochodu osoby lub rodziny. Zasiłek wypłacany jest do wysokości różnicy pomiędzy kryterium dochodowym ustalonym zgodnie z ustawą o pomocy społecznej a faktycznie posiadanym dochodem. Zasiłek okresowy w przypadku osoby samotnie gospodarującej nie może być wyższy niż kwota kryterium dochodowego na osobę w rodzinie. Kwota zasiłku okresowego nie może być niższa niż 20 zł.

Okres, na jaki przyznawany jest zasiłek, zależy od indywidualnej sytuacji osoby lub rodziny. Ustala go ośrodek pomocy społecznej na podstawie okoliczności sprawy.

11.2.3. Zasiłek celowy

Zasiłek celowy to świadczenie fakultatywne przyznawane na zaspokojenie niezbędnej potrzeby bytowej. Jest on przeznaczony przede wszystkim na pokrycie części lub całości kosztów:

- zakupu:
 - żywności,
 - leków,
 - świadczeń zdrowotnych,
 - ogrzewania, w tym opału,
 - odzieży,
 - przedmiotów użytku domowego,
- drobnych remontów i napraw w mieszkaniu,
- pogrzebu.

Ustawa nie określa wysokości zasiłku celowego. Przyznając to świadczenie, ośrodek pomocy społecznej uwzględnia sytuację materialną wnioskodawcy, wskazany przez niego cel oraz możliwości finansowe ośrodka.

Zasiłek celowy przysługuje:

- osobie samotnie gospodarującej, której dochód jest niższy niż 776 zł miesięcznie,
- osobie w rodzinie, w której dochód na osobę jest niższy niż 600 zł miesięcznie.

Osoby bezdomne oraz osoby, które nie mają żadnych dochodów ani możliwości, by uzyskać świadczenia zdrowotne, mogą otrzymać zasiłek celowy na pokrycie kosztów tych świadczeń.

Zasiłek celowy może być również przyznany w formie biletu kredytowanego osobom bez dochodu lub z bardzo niskim dochodem, które muszą się udać do innej miejscowości, aby załatwić ważne sprawy rodzinne lub urzędowe.

Ośrodek pomocy społecznej może przyznać zasiłek celowy także po to, by zrealizować postanowienia **kontraktu socjalnego**, tzn. umowy zawartej pomiędzy pracownikiem socjalnym a osobą, która potrzebuje pomocy. Gdy osoba, która korzysta z pomocy społecznej, podpisze taki kontrakt, może zachować prawo do zasiłku celowego lub okresowego, nawet jeżeli w czasie trwania umowy znajdzie pracę. Uprawnienie to przysługuje do dnia określonego w decyzji o przyznaniu świadczenia, jednak nie dłużej niż przez 2 miesiące.

Poza zasiłkiem celowym przyznawanym na zaspokojenie niezbędnych potrzeb bytowych przysługują również:

- zasiłek celowy na pokrycie wydatków, które powstały w wyniku zdarzenia losowego, klęski żywiołowej lub ekologicznej,
- specjalny zasiłek celowy,
- zasiłek celowy na zasadach zwrotnych.

Zasiłek celowy na pokrycie wydatków, które powstały w wyniku zdarzenia losowego, może być przyznany niezależnie od dochodu i nie musi podlegać zwrotowi.

Zasiłek celowy na pokrycie wydatków związanych z klęską żywiołową lub ekologiczną może być przyznany niezależnie od dochodu i również nie musi podlegać zwrotowi.

Specjalny zasiłek celowy może być przyznany osobie albo rodzinie, której dochody przekraczają kryterium ustawowe, w szczególnie uzasadnionych przypadkach. Musi to być sytuacja zupełnie wyjątkowa, wynikająca ze zdarzeń dotkliwych w skutkach i daleko ingerujących w plany życiowe osoby albo rodziny.

Świadczenie to nie może wynosić więcej niż wysokość kryterium dochodowego osoby (776 zł miesięcznie) lub rodziny (600 zł miesięcznie na osobę). Nie trzeba go zwracać.

Zasiłek celowy na zasadach zwrotu może być przyznany osobie albo rodzinie, której dochody przekraczają kryterium dochodowe, w szczególnie uzasadnionych przypadkach. Muszą one jednak zwrócić część lub całość tego zasiłku.

11.2.4. Pomoc na ekonomiczne usamodzielnienie

Pomoc na ekonomiczne usamodzielnienie to wsparcie w formie pieniężnej lub rzeczowej, które gmina może przyznać osobie albo rodzinie. Ta forma pomocy nie jest obligatoryjna i zależy od budżetu, jakim dysponuje konkretna gmina. Przy udzielaniu tego rodzaju pomocy (zarówno pieniężnej, jak i rzeczowej) gmina współdziała z powiatowym urzędem pracy.

Pomoc pieniężna może być przyznana w formie:

- jednorazowego zasiłku celowego (wysokość oraz szczegółowe warunki i tryb przyznawania zasiłku na ekonomiczne usamodzielnienie określa rada gminy w drodze uchwały),
- nieoprocentowanej pożyczki (warunki udzielenia i spłaty pożyczki oraz jej zabezpieczenie określa się w umowie z gminą), która może zostać umorzona w całości lub części, jeżeli przyczyni się to do szybszego osiągnięcia celów pomocy społecznej.

Pomoc w formie rzeczowej realizowana jest poprzez udostępnienie osobom potrzebującym maszyn i narzędzi, dzięki którym będą mogły zorganizować własny warsztat pracy, a także urządzeń ułatwiających pracę osobom z niepełnosprawnością. Przysługuje ona osobie samotnie prowadzącej gospodarstwo domowe, której dochód jest niższy niż 776 zł miesięcznie, oraz rodzinie, której dochód w przeliczeniu na osobę jest niższy niż 600 zł miesięcznie.

11.2.5. Pomoc pieniężna na usamodzielnienie lub kontynuowanie nauki

Ten rodzaj pomocy stanowi wsparcie w usamodzielnieniu się oraz w kontynuowaniu nauki w szkole podstawowej, ponadpodstawowej lub wyższej, lub na kursach. Można przy tym ubiegać się również o pomoc w uzyskaniu miejsca do zamieszkania, w tym miejsca w mieszkaniu chronionym, pomoc w zdobyciu zatrudnienia oraz pomoc na zagospodarowanie w formie rzeczowej.

Taka pomoc przysługuje osobie, która na podstawie orzeczenia sądu przebywała co najmniej rok w:

- domu pomocy społecznej,
- schronisku dla nieletnich,
- specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym,
- specjalnym ośrodku wychowawczym,
- młodzieżowym ośrodku socjoterapii zapewniającym całodobową opiekę,
- zakładzie poprawczym,
- okręgowym ośrodku wychowawczym,
- młodzieżowym ośrodku wychowawczym.

Pod pewnymi warunkami może z niej skorzystać także osoba opuszczająca dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

Pomocy na usamodzielnienie i na kontynuowanie nauki udziela starosta powiatu, na terenie którego mieszkała osoba przed skierowaniem do jednej z tych placówek.

Wysokość pomocy na kontynuowanie nauki i na usamodzielnienie oraz wartość pomocy na zagospodarowanie w formie rzeczowej ustala się obecnie od kwoty 1837 zł (podstawa).

Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki wynosi 30% podstawy miesięcznie. Przysługuje osobie, która się usamodzielnia i kontynuuje naukę w szkole podstawowej, ponadpodstawowej lub wyższej, na kursach (jeśli ich ukończenie jest zgodne z indywidualnym programem usamodzielnienia), w zakładzie kształcenia nauczycieli lub u pracodawcy

w celu przygotowania zawodowego. Pomoc tę przyznaje się na czas nauki, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez osobę usamodzielniającą się 25 lat. Wysokość pomocy pieniężnej na usamodzielnienie zależy od rodzaju placówki, w której dana osoba przebywała, oraz czasu, jaki tam spędziła (nie krócej niż 12 miesięcy).

Pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki przysługuje:

- osobie, która mieszka sama i której dochód nie przekracza 1552 zł miesięcznie (200% kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą),
- osobie, która mieszka z rodziną, a dochód w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na osobę nie przekracza 1200 zł miesięcznie (200% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie).

Osoba, która ubiega się o tego rodzaju pomoc, musi zobowiązać się do realizowania indywidualnego programu usamodzielniania. Opracowuje go wspólnie z opiekunem usamodzielnienia i przy jego pomocy, a zatwierdza kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie.

11.3. Inne formy pomocy społecznej

11.3.1. Praca socjalna

Celem pracy socjalnej jest poprawa funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym, w tym zwiększenie ich aktywności i samodzielności życiowej. Współpraca ze społecznością lokalną ma zapewnić koordynację działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb jej członków.

Pracownicy socjalni udzielają wsparcia osobom i rodzinom bez względu na ich dochód. Taka praca może być organizowana na podstawie pisemnego kontraktu socjalnego zawartego z osobą, która ubiega się o pomoc. Umowa ta precyzuje uprawnienia i zobowiązania stron w celu wspólnego przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej osoby będącej w trudnym położeniu lub jej rodziny. Kontrakt jest jednym z narzędzi, które mają motywować do samodzielnego działania i osiągnięcia wyznaczonych celów.

Kontrakt socjalny mogą podpisać osoby skierowane przez powiatowy urząd pracy, bezrobotne oraz korzystające ze świadczeń pomocy społecznej. Jeśli zawrze go osoba bezrobotna, ośrodek pomocy społecznej opłaca za nią składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

11.3.2. Poradnictwo specjalistyczne

Poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest skierowane do osób i rodzin, które przeżywają trudności lub chciałyby otrzymać wsparcie w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych. Jest świadczone bez względu na dochód

osoby czy rodziny. Aby skorzystać z tego świadczenia, nie jest potrzebna decyzja administracyjna.

11.3.3. Interwencja kryzysowa

Interwencja kryzysowa polega na interdyscyplinarnych działaniach na rzecz osób i rodzin, które znalazły się w kryzysie. Jej celem jest przywrócenie osobom wymagającym pomocy równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów.

W ramach interwencji kryzysowej potrzebujący może uzyskać natychmiastową specjalistyczną pomoc psychologiczną, skorzystać z poradnictwa socjalnego lub prawnego, a w uzasadnionych sytuacjach dostać schronienie (maksymalnie na 3 miesiące).

Matki z małoletnimi dziećmi oraz kobiety w ciąży, które doznały przemocy lub znalazły się w innej sytuacji kryzysowej, mogą w ramach interwencji kryzysowej znaleźć schronienie i wsparcie w domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Do takich domów mogą być również przyjmowani ojcowie z małoletnimi dziećmi albo inne osoby sprawujące opiekę prawną nad dziećmi.

Interwencją kryzysową obejmuje się osoby i rodziny bez względu na ich dochód, a wszelka pomoc w ośrodkach interwencji kryzysowej jest bezpłatna.

11.3.4. Pomoc w postaci schronienia, posiłku, odzieży

Pomoc w postaci schronienia, posiłku lub produktów żywnościowych i odzieży przyznawana jest osobom i rodzinom, które własnym staraniem nie są w stanie zapewnić sobie tych dóbr.

Pomoc w postaci schronienia może zostać udzielona poprzez przyznanie tymczasowego miejsca w schronisku dla osób bezdomnych, noclegowni lub ogrzewalni. Przyznanie osobie potrzebującej miejsca w schronisku dla bezdomnych i posiłku musi być poprzedzone wywiadem środowiskowym przeprowadzonym z potrzebującym przez pracownika socjalnego oraz wydaniem decyzji administracyjnej.

Osobom bezdomnym, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, może być przyznana pomoc w postaci pobytu i usług w schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi.

Jeżeli pomoc w postaci posiłku lub produktów żywnościowych czy odzieży przyznawana jest doraźnie dzieciom i młodzieży w sytuacji kryzysowej występującej na skalę masową lub w przypadku wystąpienia klęski żywiołowej albo zdarzenia losowego, nie jest wymagane przeprowadzenie rodzinnego wywiadu środowiskowego ani wydanie decyzji administracyjnej.

11.3.5. Sprawienie pogrzebu

W ramach pomocy społecznej, w sytuacji gdy nie zrobiła tego rodzina ani inna instytucja (np. pracodawca, wspólnota religijna), gmina ma obowiązek sprawić pogrzeb zgodny z wyznaniem zmarłego.

11.3.6. Usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze obejmują:

- pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych,
- opiekę higieniczną,
- pielęgnację, którą zalecił lekarz,
- zapewnienie kontaktów z otoczeniem (w miarę możliwości).

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Świadczą je osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Zakres, okres i miejsce świadczenia tych usług ustala ośrodek pomocy społecznej.

Usługi opiekuńcze przysługują osobie samotnej, która wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, albo której bliscy nie mogą takiej pomocy zapewnić.

Wysokość odpłatności za usługi opiekuńcze zależy od:

- stawki godzinowej usługi, którą ustala rada gminy,
- liczby godzin, podczas których świadczone są usługi,
- dochodu osoby lub rodziny, która z nich korzysta.

Im wyższy dochód, tym więcej płaci się za usługi opiekuńcze. Gdy dochód osoby potrzebującej wynosi mniej niż kryterium określone w ustawie o pomocy społecznej, koszty usług ponosi w całości ośrodek pomocy społecznej.

Wysokość odpłatności za specjalistyczne usługi opiekuńcze określa rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

11.3.7. Ośrodki wsparcia i domy pomocy społecznej

Usługi opiekuńcze (w tym specjalistyczne) lub posiłek w ośrodku wsparcia mogą zostać przyznane osobom, które wymagają pomocy ze względu na swój wiek, chorobę lub niepełnosprawność. W ośrodku wsparcia świadczy się usługi w trybie dziennym. W niektórych ośrodkach wsparcia są także miejsca całodobowe.

W ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowych domach samopomocy lub klubach samopomocy) wspiera się osoby, które ze względu na zaburzenia psychiczne potrzebują pomocy w adaptacji do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, oraz pomagają im się zintegrować ze społeczeństwem.

W rodzinnych domach pomocy przebywają osoby potrzebujące całodobowej opieki, której nie można im zapewnić w miejscu zamieszkania. Są to jednak osoby, które nie wymagają jeszcze umieszczenia w domu pomocy społecznej. Skierowanie do rodzinnego domu pomocy na pobyt stały lub okresowy następuje na wniosek osoby, która ma tam przebywać, lub na wniosek opiekuna prawnego za jej zgodą.

Pensjonariusz musi płacić za pobyt w rodzinnym domu pomocy. Odpłatność jest równa wydatkom poniesionym przez placówkę, z tym że nie może przekroczyć 70% dochodu pensjonariusza. Do opłacania pobytu mogą zostać zobowiązani bliscy pensjonariusza.

Z kolei osoby, które przebywają w **mieszkaniu chronionym**, są pod opieką specjalistów przygotowywane do samodzielnego życia lub wspomagane w codziennym funkcjonowaniu. Zapewnia ono warunki do samodzielnego funkcjonowania w środowisku i możliwość integracji ze społecznością lokalną.

Mieszkanie chronione może prowadzić każda jednostka organizacyjna pomocy społecznej lub organizacja pożytku publicznego. Osoby, które w nim mieszkają, mają przez 7 dni w tygodniu zagwarantowane wsparcie dostosowane do ich indywidualnych potrzeb.

Mieszkanie chronione przysługuje:

- osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga takiej pomocy, jaka jest świadczona w ośrodkach całodobowej opieki, w tym:
 - osobie z zaburzeniami psychicznymi,
- osobie opuszczającej pieczę zastępczą w rozumieniu przepisów o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, młodzieżowy ośrodek wychowawczy albo zakład dla nieletnich,
- cudzoziemcowi, który uzyskał w Polsce status uchodźcy albo ochronę uzupełniającą.

Decyzję o przyznaniu pobytu w mieszkaniu chronionym wydaje kierownik ośrodka pomocy społecznej. Osoba ubiegająca się o taki pobyt (lub jej przedstawiciel) oraz pracownik socjalny ośrodka kierującego do mieszkania i pracownik jednostki prowadzącej to mieszkanie ustalają wcześniej cel, okres oraz zasady pobytu w nim i odpłatności za nie.

W **domu pomocy społecznej (DPS)** zapewnia się przebywającym w nim mieszkańcom całodobową opiekę. Świadczy się także usługi wspomagające i edukacyjne w zakresie i formach, które wynikają z indywidualnych potrzeb tych osób. Organizacja oraz zakres i poziom świadczonych tam usług uwzględniają stopień fizycznej i psychicznej sprawności pensjonariuszy. Dom pomocy społecznej może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze osobom, które w nim nie mieszkają.

Domy pomocy społecznej przeznaczone są dla:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle chorych somatycznie lub psychicznie,
- dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną,
- dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną,
- osób z niepełnosprawnością fizyczną,
- osób uzależnionych od alkoholu.

Do miejsca w domu pomocy społecznej ma prawo osoba, która spełnia jednocześnie poniższe warunki:

- wymaga całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności,
- nie może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu,
- nie może korzystać z niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

Aby skierować osobę do domu pomocy społecznej, trzeba ocenić jej stan zdrowia oraz sytuację rodzinną i ustalić, czy na pewno nie można jej pomóc w miejscu zamieszkania. Jeśli nie jest to możliwe, osobę taką kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, o ile się na to zgodzi (ona lub jej przedstawiciel ustawowy). Wybiera się przy tym dom pomocy społecznej, który znajduje się możliwie najbliżej miejsca zamieszkania.

Decyzję dotyczącą opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla danej osoby w dniu jej skierowania do tego rodzaju placówki. Za pobyt pensjonariusze płacą nie więcej, niż wynosi średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca. Koszt ten, w zależności od zasięgu danego domu pomocy społecznej, ustala:

- dla DPS o zasięgu gminnym – wójt, burmistrz albo prezydent miasta,
- dla DPS o zasięgu powiatowym – starosta,
- dla DPS o zasięgu regionalnym – marszałek województwa.

Do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są zobowiązani (w kolejności):

- 1) mieszkaniec domu, a w przypadku osoby małoletniej – jej przedstawiciel ustawowy,
- 2) małżonek mieszkańca,
- 3) dzieci i wnuki mieszkańca (zstępni),
- 4) rodzice i dziadkowie mieszkańca (wstępni),
- 5) inne osoby, jeśli się do tego zobowiązają,
- 6) gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej.

Małżonek, zstępni i wstępni ponoszą odpłatność tylko wówczas, jeżeli ich dochód jest wyższy od 300% odpowiedniego kryterium dochodowego i tylko w wysokości nadwyżki ponad tę kwotę.

Kwota odpłatności członków rodziny ustalana jest w drodze umowy, a w przypadku gdy nie dojdzie do zawarcia umowy – w drodze decyzji administracyjnej.

Osoby, które płacą za pobyt w domu pomocy społecznej, można częściowo lub całkowicie zwolnić z opłaty, o ile:

- złożą wniosek,
- występują uzasadnione okoliczności, by to zrobić, zwłaszcza:
 - długotrwała choroba,
 - bezrobocie,
 - niepełnosprawność,
 - śmierć członka rodziny,
 - straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub wskutek innych zdarzeń losowych,
- od 26 stycznia 2022 r. jeśli osoba obowiązana do wnoszenia opłaty wykaże, w szczególności na podstawie dokumentów dołączonych do wniosku, rażące naruszenie

przez osobę kierowaną do domu pomocy społecznej lub mieszkańca domu obowiązku alimentacyjnego lub innych obowiązków rodzinnych względem osoby obowiązanej do wnoszenia opłaty.

W przypadku gdy osoba zobowiązana przedstawi prawomocne orzeczenie sądu o pozbawieniu rodzica – mieszkańca domu – władzy rodzicielskiej nad nią i oświadczy, że władza rodzicielska nie została przywrócona, lub gdy przedłoży prawomocne orzeczenie sądu o skazaniu za umyślne przestępstwo popełnione z użyciem przemocy na szkodę osoby obowiązanej do wnoszenia opłaty, jej małoletniego rodzeństwa lub jej rodzica, zwolnienie przysługuje obligatoryjnie. Zwolnienie to obejmuje zstępnych osoby zwolnionej z opłaty za pobyt mieszkańca domu w domu pomocy społecznej. Od 26 stycznia 2022 r. zwolnienie przysługuje obligatoryjnie w razie popełnienia przez mieszkańca domu w przeszłości jakiegokolwiek przestępstwa umyślnego ściganego z oskarżenia publicznego popełnionego na szkodę osoby obowiązanej do wnoszenia opłaty, jej zstępnego, małoletniego lub pełnoletniego nieporadnego ze względu na wiek, stan psychiczny lub fizyczny rodzeństwa lub jej rodzica, chyba że skazanie uległo zatarciu.

Więcej informacji o pomocy społecznej można znaleźć na stronie www.gov.pl w zakładce [Ministerstwa] → [Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej].

www.zus.pl – Twój przewodnik po ubezpieczeniach społecznych

Na naszej stronie internetowej znajdziesz aktualne informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych.

W dziale „Biblioteka ZUS” udostępniamy przydatne publikacje z zakresu ubezpieczeń społecznych:

- ulotki,
- poradniki,
- informatory,
- książki,
- kwartalnik naukowy „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”.

W dziale „O ZUS” zamieszczamy także kalendarium bezpłatnych szkoleń organizowanych przez nas dla płatników składek: www.zus.pl/o-zus/kalendarium.

Platforma Usług Elektronicznych: www.zus.pl/pue

PUE to nowoczesna i wygodna forma kontaktu z ZUS, dzięki której zrealizujesz większość spraw związanych z ubezpieczeniami społecznymi bez wychodzenia z domu – przez internet. W ten sposób możesz sprawdzić swoje dane zapisane na indywidualnym koncie w ZUS, przesyłać dokumenty, śledzić stan swoich spraw, a także rezerwować wizyty w naszej placówce.

Dostępna jest również angielska wersja opracowania pt. „Social Security in Poland”