

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

T E O R I A I P R A K T Y K A

Miesięcznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

nr 7-8 (88-89) 2011

**Rynek pracy i polityka społeczna
w świetle badań IPISS**

Rozmowa z profesorem dr hab.

Bożenną Balcerzak-Paradowską

s. 2





POLSKA NAGRODA JAKOŚCI

XVI edycja 2010

WYRÓŻNIENIE

w kategorii:

ORGANIZACJE PUBLICZNE – ADMINISTRACJA

Droży Czytelnicy,



Przygotowany przez Zespół Doradców Strategicznych Premiera i opublikowany w czerwcu 2009 roku raport „Polska 2030” zawiera tezę o konieczności zmiany filozofii państwa i jego polityki społecznej. Zamiast tradycyjnego modelu państwa opiekuńczego (welfare state), opartego na transferach o charakterze socjalnym, stanowiącego obciążenie dla rozwoju, konieczne jest przejście do społeczeństwa promującego pracę (workfare state), aktywnie inwestującego w rozwój i przemianę warunków życia obywateli.

Tworzenie modelu workfare state wymaga wprowadzenia rozwiązań fiskalnych, instytucjonalnych i organizacyjnych zachęcających ludzi do aktywności ekonomicznej i włączania się do rynku pracy. Powinny im towarzyszyć odpowiednie zmiany w systemie zabezpieczenia społecznego i polityki społecznej zapobiegające nierównościom i wykluczeniu różnych grup ludzi – osób starszych, kobiet, młodzieży, niepełnosprawnych, mniej wykształconych, nieposługujących się nowoczesnymi technologiami.

W wywiadzie udzielonym naszemu miesięcznikowi dyrektor Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych Bożenna Balcerzak-Paradowska podkreśla, że zmiana paradygmatu polityki społecznej z welfare w kierunku workfare, niezależnie od zwiększania dostępności do rynku pracy, musi być poprzedzona przeprowadzeniem rachunku kosztów. Jednak badania dotyczące efektywności nakładów na rozwiązania polityki rynku pracy i polityki społecznej nie są dostatecznie rozwinięte. W rezultacie brakuje nam wiedzy o rzeczywistych nakładach finansowych, jakie ponosimy w związku z obowiązującymi systemami świadczeń, a jest ona potrzebna do podejmowania działań racjonalizacyjnych i wprowadzania niezbędnych zmian. Ponieważ raport „Polska 2030” zawiera rekomendację dotyczącą wzrostu środków na badania naukowe i rozwój, można mieć nadzieję, że objęte nim zostaną również nauki stosowane w tym szeroko rozumiana polityka społeczna. A tym samym istniejąca luka zostanie zapełniona.

Ostatnie demonstracje związków zawodowych, odbywające się w Warszawie równolegle z objęciem przez Polskę przewodnictwa w Unii Europejskiej, pokazują, że istotnym warunkiem zmiany modelu państwa i polityki społecznej oraz uruchomienia procesu przemian kapitału społecznego, używając języka raportu, „od kapitału przetrwania i adaptacyjności w kierunku kapitału rozwoju i kreatywności”, jest debata publiczna i dialog społeczny. Przedstawienie obywatelom dylematów rozwojowych, możliwych rozwiązań a także objaśnianie ich skutków i powodów podjętych decyzji warunkuje uzyskanie poparcia dla wprowadzanych reform.

Maria Strzelińska

Rynek pracy i polityka społeczna w świetle badań IPiSS



**Rozmowa
z profesor dr hab.
Bożenną
Balcerzak-Paradowską,
dyrektorką Instytutu Pracy
i Spraw Socjalnych**

Historia Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych sięga roku 1962. Od początku istnienia Instytutu kierunki prac badawczych uwzględniały bieżące potrzeby polityki społecznej państwa. Jakie zagadnienia z dziedziny rynku pracy i polityki społecznej, będące obecnie przedmiotem prac badawczych Instytutu, uważa Pani Profesor za najważniejsze?

Obszary badawcze zostały w ramach działań statutowych Instytutu określone bardzo szeroko. Natomiast szczegółowy wybór zadań prowadzonych w ramach działalności statutowej, a także tematyki, z którą zwracamy się teraz w formie wniosków o dofinansowanie do Narodowego Centrum Nauki bądź Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, przedtem było to Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, stanowi nasz autonomiczny wybór.

Plany prac naukowo-badawczych od wielu lat wiążemy przede wszystkim z wyzwaniem wynikającym z analizy procesów realnych. Ale ponieważ mamy konkretny cel, to znaczy wspomaganie rzeczywistości społeczno-gospodarczej Polski, odwołujemy się często również do tych zadań, które wynikają z różnego rodzaju dokumentów obowiązujących w naszym kraju takich jak na przykład Narodowy Plan Rozwoju na lata 2007-2013, Strategia Rozwoju Kraju na lata 2007-2015, Narodowa Strategia Integracji Społecznej, Narodowa Strategia Spójności na lata 2007-2013 i inne.

Uszczegółowienie naszych zainteresowań z obszarów szeroko rozumianych pracy i polityki społecznej wynika również z dokumentów międzynarodowych. Mam tu na myśli strategię lizbońską, Europejską Strategię Integracji Społecznej, Europejską Strategię Zatrudnienia oraz – dla zadań przyszłościowych – strategię „Europa 2020”.

Badania prowadzone w IPiSS podejmowane są najczęściej interdyscyplinarnie i mają swoje podstawy teoretyczne osadzone w takich dyscyplinach naukowych jak: ekonomia, socjologia, nauki prawne, politologia, pedagogika.

Za jeden z ważniejszych problemów badawczych w sferze pracy uważam poszukiwanie istniejących i potencjalnych związków między rynkiem pracy a tendencjami w zakresie rozwoju społeczno-gospodarczego w ujęciu regionalnym. Dotychczasowe analizy wskazują na występujące zróżnicowania w tym obszarze i chcemy powiązać rozpoznanie rynku pracy i możliwości zatrudnienia z tym, co rzeczywiście dzieje się w wymiarze regionalnym na danym terenie. Ostatnią egzemplifikacją tego podejścia jest w naszych badaniach teren województwa mazowieckiego.

Innym ważnym zadaniem jest kontynuacja prac nad uwarunkowaniami tworzenia miejsc pracy, co w sytuacji bezrobocia jest tematem bardzo nadal aktualnym. Z tym wiąże się też problematyka kształcenia zawodowego w powiązaniu z rynkiem pracy. Wy-

szliśmy naprzeciw oczekiwaniom Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego dotyczącym badania zatrudnienia absolwentów szkół wyższych. Badanie losów absolwentów już wcześniej było przedmiotem naszych prac. W tej chwili, ponieważ ten obowiązek został nałożony na uczelnie wyższe, przygotowaliśmy dla nich ofertę obejmującą dostarczenie narzędzi badawczych lub przeprowadzenie takich badań. Ważnym nurtem są też badania związane z wdrażaniem koncepcji *flexicurity*, mającej na celu zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego przy optymalnej elastyczności rynku pracy.

Ze sferą pracy, ale w powiązaniu z rynkiem pracy, wiąże się też nasze prace mające charakter bardziej mikro, dotyczące tego, co dzieje się w przedsiębiorstwach. Koncentrujemy się na zagospodarowaniu jednego z najważniejszych w tej chwili czynników działalności gospodarczej, czyli na zasobach ludzkich. Mamy tu bogate doświadczenia badawcze. W ostatnim czasie został zakończony projekt badawczy stanowiący próbę odpowiedzi na pytanie: czy istnieje związek pomiędzy dobrym zarządzaniem i gospodarowaniem pracą w ramach przedsiębiorstwa a jego innowacyjnością. Badania nad wzmocnieniem konkurencyjności regionów i przedsiębiorstw oraz wzrost zatrudnienia wpisują się w cele strategiczne określone w Narodowym Planie Rozwoju na lata 2007-2013.

Zmiana paradygmatu, na którym opierało się państwo opiekuńcze (*welfare state*), na model państwa promującego pracę (*workfare state*), skłoniło nas do podjęcia badań dotyczących tak zwanego zatrudnienia niepełnowartościowego (*underemployment*). Jest to sprawa istotna, bo krąg osób zatrudnionych w ten sposób nawet jeżeli się nie rozszerza, to się umacnia. Próbuje odpowiedzieć na pytanie, czy zasada, że lepsza jest praca jakakolwiek, niż świadczenie, nie jest pewnego rodzaju pułapką.

W obszarze polityki społecznej chciałabym wskazać trzy ważne problemy. Pierwszy to zagadnienia integracji społecznej oraz analiza przyczyn i skutków wykluczenia społecznego. IPiSS ma bogatą tradycję prowadzenia badań nad zagadnieniem ubóstwa i wykluczenia społecznego. Na problem ten patrzymy przede wszystkim i najczęściej tradycyjnie, poprzez sytuację różnego rodzaju grup społecznych – osoby niepełnosprawne, osoby starsze, różne typy rodzin, przyczyny i skutki ich wykluczenia. Można jednak spojrzeć na problem z innej strony, nazwijmy ją – przedmiotową, jako na wykluczenie od czegoś lub z czegoś, na przykład ze sfery korzystania z nowych technologii, z Internetu. Podjęliśmy aktualnie projekt badawczy dotyczący wykluczenia cyfrowego.

Mamy też projekty związane z wykluczeniem osób starszych. Wydaje się, że jest to w obecnej sytuacji, a zwłaszcza ze względów perspektywicznych – starzenie się społeczeństwa polskiego – ważny temat. Chodzi o to, żeby zapobiegać wykluczeniu społecznemu tej grupy osób, żeby jak najdłużej zachować sprawność seniorów i zapewnić ich aktywny udział w różnych sferach ży-

cia społecznego i gospodarczego. Warto wykorzystywać potencjał, jakim są zasoby doświadczenia zawodowego i życiowego osób starszych. Problem osób starszych pojawia się w dotychczasowych pracach Instytutu, obecnie znacznie poszerza się zakres tych badań. Z procesem wydłużania się ludzkiego życia wiąże się drugi bardzo istotny problem ze sfery polityki społecznej – opieka długoterminowa. W Instytucie powstała nowa jednostka organizacyjna – Zakład Gerontologii Społecznej, która będzie się tą problematyką zajmowała.

Nurt badań nad wykluczeniem społecznym różnych grup rodzin został poszerzony o zagadnienie reintegracji rodzin niepełnych. Trzeci niezmiernie ważny problem badawczy z tego obszaru, to koordynacja systemu zabezpieczenia społecznego wynikająca z naszej obecności w Unii Europejskiej. Uczestniczymy w projekcie międzynarodowym z tego zakresu (Organising Training and Setting Networks on the European Coordination Social Security Schemes), który ma niezwykle potrzebny wymiar praktyczny i cieszy się wielkim zainteresowaniem ze strony osób, na co dzień posługujących się prawem w zakresie ubezpieczeń społecznych, a więc prawników, sędziów, pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych czy KRUS-u, partnerów społecznych, organizacji pozarządowych.

Do ważnych spraw, które też są w obszarze naszych zainteresowań, zaliczyłabym także problematykę polityki rodzinnej. Zagadnienie to nabiera wagi w aktualnej sytuacji demograficznej – spadku dzietności prowadzącego do zmian ilościowych i strukturalnych ludności Polski – z jednej strony i potrzeby wspierania rodzin, głównego „inwestora” w rozwój młodej generacji z drugiej. Kolejny nurt badań to dialog społeczny. Dialog społeczny badany był dotychczas raczej na poziomie zakładu pracy, a więc w ramach partycypacji pracowniczych. Obecnie podejmujemy próby szerszego spojrzenia na dialog w wymiarze lokalnym, regionalnym.

W jaki sposób rezultaty prac badawczych są wykorzystywane w praktyce? Czy mają realny wpływ na programy rządowe i kształt stanowionego prawa?

Można wskazać trzy obszary potencjalnego oddziaływania Instytutu na rozwiązania praktyczne dotyczące pracy i polityki społecznej.

Po pierwsze Instytut prowadzi prace, które wynikają z naszych zobowiązań, określonych w konkretnych aktach prawnych i które z założenia ustawowego powinny przekładać się na literę prawa. Mam tu na myśli szacunki minimum socjalnego, szacunki minimum egzystencji, cykliczne dokonywanie szacunków określania progu interwencji socjalnej dla systemu pomocy społecznej i progu wsparcia dochodowego rodzin dla systemu świadczeń rodzinnych. Szacunki te powinny być podstawą dokonywania co trzy lata weryfikacji kryteriów uprawniających do świadczeń pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych.

Drugi obszar to jest działalność ekspercka naszych pracowników. Występują oni w roli ekspertów afiliowanych przy naszym Instytucie, uczestnicząc w różnych gremiach przygotowujących dokumenty o charakterze rządowym czy też tworząc dokumenty w sferze decydenckiej. Przykładowo wymienić można uczestnictwo w pracach podkomisji sejmowej, która przygotowywała projekt rozwiązań z zakresu ubezpieczeń pielęgnacyjnych oraz udział w pracach Rządowej Rady Ludnościowej przy przygotowaniu założeń polityki ludnościowej. Powstające w toku tych prac opracowania przybierają na jakimś etapie formę dokumentów obowiązujących. Jest to pośredni udział instytutu w pracach gremiów decydenckich, poprzez swoich pracowników.

Trzeci sposób oddziaływania Instytutu na praktykę społeczno-gospodarczą określiłabym mianem transmisji dorobku do kręgów opiniotwórczych. Swoje przemyślenia i wyniki badań upowszechniamy w różnych formach, a więc publikacji czy konferencji. W ostatnich latach zintensyfikowaliśmy formę debaty wokół pewnych zagadnień. Mam nadzieję, którą uzasadniają pewne fakty, że niektóre myśli rodzące się w toku takich spotkań, przenikają do różnych głów, a następnie przekładają się na rozwiązania prawne. Kilka lat temu Instytut przygotował na zlecenie ówczesnego Ministra Pracy i Polityki Społecznej projekt umowy społecznej obejmującej cztery filary: gospodarka, praca, rodzina i dialog. Muszę powiedzieć, że odbiór niektórych kręgów był mocno krytyczny, a nawet ironiczny. A potem okazało się, że niektóre myśli zaczerpnięte z tego dokumentu przełożyły się nawet na zapisy ustawowe (wydłużenie urlopu macierzyńskiego, stworzenie podstaw prawnych dla różnych form opieki nad małym dzieckiem i inne). Potwierdza to słuszność naszych działań.

Za szczególne zasługi i wkład w badania naukowe i promocję nauki Instytut został uhonorowany medalem 50-lecia Polskiej Akademii Nauk.

Jakie działania promujące naukę są podejmowane przez Instytut?

Medal 50-lecia Polskiej Akademii Nauk był dla nas znaczącym wyróżnieniem. To był wyraz uznania dla problematyki, którą zajmuje się Instytut i poziomu naszych prac. A przede wszystkim docenienia tego segmentu nauki, który określa się jako nauki stosowane. Myślę, że nałożyło to na nas pewnego rodzaju moralny obowiązek dążenia to tego, żeby utrzymywać wysoki poziom naszych prac. Staramy się sprostać temu obowiązkowi. Chciałabym się pochwalić namacalnymi rezultatami naszych wysiłków. W przeprowadzonym w ubiegłym roku rankingu wszystkich placówek naukowych w Polsce, w obszarze nauk prawnych, społecznych i ekonomicznych na 110 sklasyfikowanych Instytut zajął siódme miejsce i był pierwszą jednostką badawczo-rozwojową, taki mieliśmy wtedy status, znajdującą się w pierwszej dziesiątce.

Do działań promujących rezultaty naszych prac badawczych zaliczyłabym przede wszystkim nasze wydawnictwa. Staramy się upowszechniać je w środowisku decydenckim, a więc odbiorcami stałymi są Kancelaria Prezydenta i Premiera, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Publikacje są adresowane bezpośrednio, w zależności od obszaru zainteresowań, do komisji sejmowych, senackich, do instytucji podległych MPiPS, przede wszystkim zaś do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Druga forma promocji nauki to konferencje i seminaria. Organizujemy od kilku do nawet kilkunastu takich przedsięwzięć w roku. Wymienić tu trzeba także nasze debaty poświęcone różnym zagadnieniom (między innymi problemom zbiorowego prawa pracy, zabezpieczenia społecznego czy rozwiązaniom z zakresu polityki społecznej na rzecz rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi). Konferencje, seminaria, debaty umożliwiają spotkanie świata nauki, reprezentowanego nie tylko przez przedstawicieli naszego Instytutu, ale również przez pracowników innych placówek naukowych, ze światem rzeczywistości społecznej i gospodarczej, który potwierdza bądź koryguje nasze punkty widzenia.

Warto też zwrócić uwagę na jeszcze dwie formy. Pierwszą z nich jest przedsięwzięcie adresowane do podmiotów gospodarczych. Chcę powiedzieć o konkursie Lider Zarządzania Zasobami Ludzkimi, związanym z promocją i rozwojem systemów zarządzania zasobami ludzkimi w firmach. W czerwcu świętowaliśmy wręczenie nagród w dwunastej edycji, nad którą Patronat Honorowy objął Wicepremier, Minister Gospodarki. Wyróżniane firmy przechodzą trudne etapy, poddawane są wnikliwej ocenie osiągnięć w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi na podstawie ankiety (samoocena) i weryfikacji osiągnięć dokonywaną przez audytorów. Konkurs ma cel edukacyjny i promocyjny, chodzi o upowszechnianie i nagradzanie dobrych praktyk.

Problematyka pracy i polityki społecznej promowana jest przez Instytut także w formie konkursu na najlepsze prace magisterskie i doktorskie, któremu patronuje Minister Pracy i Polityki Społecznej. Z roku na rok wzrasta zainteresowanie tym konkursem, co oznacza, że inicjatywa ta znajduje żywy oddźwięk w środowisku uczelnianym.

Pani osobiste zainteresowania naukowe, o ile mi wiadomo, koncentrują się na problematyce rodziny. Wytyczenie spójnej, konsekwentnej i skutecznej polityki wspierania rodziny jest jednym z najważniejszych wyzwań polityki społecznej w naszym kraju. Jakie problemy powinny być rozwiązane, jakie działania podjęte?

Polityka wobec rodziny jest niestety obszarem, który chyba w sposób najbardziej widoczny podlega wszystkim falowaniom ideologicznym, związanym ze zmiana-

mi o charakterze politycznym. Najważniejszy problem wymagający rozwiązania wynika z aktualnych procesów demograficznych. Jest nim wykreowanie konsekwentnej i skutecznej polityki uwzględniającej takie współczesne wyzwania jak: negatywne tendencje w procesach demograficznych (spadek dzietności), umacnianie się modelu rodziny z dwojgiem pracujących rodziców, powiązanie go ze zmianami w sferze pracy i konsekwencjami dla życia rodzinnego, wspomaganie rodziny w zapewnieniu optymalnych warunków rozwoju dzieci. Analiza procesów demograficznych wskazuje na potrzebę polityki rodzinnej o charakterze pronatalistycznym. Czy mamy szansę na taką politykę i czy będzie ona skuteczna? Obecnie trwają prace nad weryfikacją założeń polityki ludnościowej, w której Instytut uczestniczy. Pierwsza wersja została przygotowana przez Rządową Radę Ludnościową w 2004 roku. W dniu 1 czerwca tego roku odbyła się dyskusja nad pierwszymi propozycjami zmienionej wersji dokumentu. Jednym z celów jest tworzenie warunków sprzyjających realizacji planów prokreacyjnych. Przyjęliśmy postrzegać działania pronatalistyczne jako zachętę do posiadania trojga i większej liczby dzieci. Okazuje się, że obecnie problemem jest to, żeby rodzina realizowała swoje plany 2 + 2. W związku z tym należy popatrzeć na politykę rodzinną w kontekście pokonywania barier zwiększania dzietności przynajmniej do tych planowanych dwojga dzieci i zastanowić nad tym, jak wspomóc rodzinę, aby mogła zrealizować swoje plany prokreacyjne. Nowe podejście do polityki rodzinnej wymaga podjęcia działań na rynku pracy, w dziedzinie mieszkalnictwa, usług opiekuńczych i usług o charakterze bytowym. Oczywiście potrzebne są również bezpośrednie transfery finansowe wspomagające rodzinę.

Nasza polityka rodzinna od wielu lat ma charakter socjalny i jest adresowana do wybranych kategorii rodzin. Instrumentem, który ma inny zakres podmiotowy, nie jest oparty na kryterium dochodowym, są ulgi podatkowe w systemie podatku od dochodów osobistych. Tu też jest jeszcze wiele do zrobienia. Przykładowo, istnieje problem uprzywilejowania podatkowego rodzin niepełnych, które mogą rozliczać się z obowiązku podatkowego od dochodów osobistych wspólnie z dziećmi i korzystać z ulgi podatkowej na dziecko. W pełnej rodzinie mogą się wspólnie rozliczać małżonkowie, natomiast nie ma możliwości wspólnego rozliczenia się z dziećmi. Przywileje dla osób samotnie wychowujących dzieci coraz częściej są postrzegane w kontekście „stymulatora” utrzymywania faktycznego lub fikcyjnego statusu rodziny niepełnej. W ramach naszych prac badawczych podjęliśmy obecnie problem reintegracji osób samotnie wychowujących dzieci. Chodziło nam też o to, żeby odpowiedzieć sobie na pytanie, na ile samotne rodzicielstwo jest faktem rzeczywistym, a na ile jest ono wykreowane przez taką, a nie inną politykę finansową państwa i wykorzystuje istniejący system przywilejów socjalnych.

Osobiście jestem zwolenniczką stworzenia uniwersalnego systemu rozwiązań, adresowanych do wszystkich rodzin wychowujących dzieci, na wzór systemów

istniejących w większości krajów europejskich. Każda rodzina, która wychowuje dziecko, ponosi jakiś ciężar wynikający z wzięcia na siebie odpowiedzialności za wychowanie przyszłego obywatela, co można traktować jako pewnego rodzaju dobro społeczne. I dlatego powinna być wspierana przez społeczeństwo, które będzie z tego potencjału korzystać w przyszłości.

Z pewnością można powiedzieć, że w obszarze polityki rodzinnej jest bardzo dużo do zrobienia. Najważniejsze jest jednak, zachowanie konsekwencji działania. Wydaje mi się, że lepiej postawić jeden, choćby mały, krok do przodu, niż miotać się w różnych kierunkach.

Na koniec naszej rozmowy chciałabym zapytać o to, jakie zagadnienia z dziedziny pracy i polityki społecznej nie są obecnie, Pani zdaniem, w Polsce dostatecznie rozpoznane i wymagają podjęcia systematycznych badań?

Za bardzo ważne uważam obalanie pewnych mitów. Takim mitem jest bezrefleksyjne podejście do uelastycznienia rynku pracy. Obecnie patrzymy na problem z punktu widzenia przede wszystkim rynku pracy (remedium na bezrobocie) i pracodawcy. Konieczne jest natomiast spojrzenie z dwóch punktów widzenia, również z punktu widzenia pracownika. Daleko posunięte uelastycznienie rynku powoduje, że „uelastyczniony” pracownik nie zawsze spełnia oczekiwania pracodawcy, a konsekwencje uelastycznienia przenoszą się na inne sfery życia. Przebadanie faktycznych, nie tylko ekonomicznych, ale również społecznych konsekwencji uelastyczniania rynku pracy jest więc rzeczą bardzo ważną.

Kolejna niezwykle ważna sprawa to rozeznanie kosztów różnego rodzaju rozwiązań w obszarze rynku pracy i polityki społecznej. Brakuje nam wiedzy o rzeczywistych kosztach, jakie ponosimy w związku z obowiązującymi systemami wspierania, a w konsekwencji możliwości racjonalizacji tych kosztów w sensie ekonomicznym.

Mówi się o konieczności nowego kontraktu międzygeneracyjnego zmieniającego proporcje wydatków na system zabezpieczenia dla osób starszych i wspieranie młodych generacji, a więc na politykę rodzinną. Brakuje jednak metodologii badań wydatków i ich efektywności. Problematyka badania efektywności czy skuteczności nakładów na rozwiązania szeroko rozumianej polityki rynku pracy i polityki społecznej jest ciągle do zagospodarowania. Konieczne jest rozeznanie, na ile faktycznie różnego rodzaju rozwiązania pomagają, komu i w jakim stopniu. Dopiero z taką wiedzą można podejmować skuteczne działania racjonalizacyjne.

Sądzę, że jeżeli chcemy zmienić paradygmat polityki społecznej z *welfare* w kierunku *workfare*, to niezależnie od tego, że praca powinna być bardziej dostępna, przeprowadzenie rachunku kosztów jest niezbędne. ■

Andrzej Sidorko

radca prawny

Mazowiecki Oddział Wojewódzki

Narodowego Funduszu Zdrowia

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Osoby niepodlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu mogą uzyskać status ubezpieczonego w wyniku dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dzięki temu ubezpieczeniu osoba, pozostająca dotychczas poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, uzyskuje prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Do kogo skierowane jest dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne?

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne stanowi sposób na uzyskanie ubezpieczenia zdrowotnego przez osoby nieobjęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Obecnie z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego najczęściej korzystają twórcy i artyści nieobjęci ubezpieczeniem społecznym oraz osoby, które czerpią dochody z wynajmu lub z umów o dzieło (w przypadku gdy umowy te nie są zawierane w ramach prowadzonej działalności pozarolniczej). Na wspomniane ubezpieczenie decydują się także osoby utrzymujące się jedynie ze zgromadzonych oszczędności, czyli tak zwani rentierzy. Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne wybierają również osoby, które w związku z utratą pracy, trwającym powyżej trzydziści dni urlopem bezpłatnym czy z uwagi na rezygnację z prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej lub jej zawieszenia (i brakiem możliwości zgłoszenia do ubezpieczenia jako członkowie rodziny) pozostają poza systemem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym nie może zostać objęta osoba podlegająca obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Zgodnie bowiem z art. 68 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą,

jedynie osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1 tej ustawy (czyli osoba nieobjęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym), która zamieszkuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Z tego też powodu zawarcie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego jest możliwe tylko z osobą, co do której nie wchodzi w grę jakikolwiek tytuł obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Grono osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym zostało natomiast wskazane w art. 66 ust. 1 ustawy. Do osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu ustawodawca zaliczył między innymi objętych ubezpieczeniem społecznym: pracowników, zleceniobiorców, rolników i osoby prowadzące pozarolniczą działalność. Ponadto ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązkowe na przykład w przypadku emerytów lub rencistów, sędziów, członków rad nadzorczych (pobierających z tego tytułu świadczenia pieniężne), policjantów czy żołnierzy zawodowych. W konsekwencji, jeśli na przykład zleceniobiorca podlega z tytułu zawartej umowy zlecenia ubezpieczeniu społecznemu i tym samym również obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, to nie może zostać objęty dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Brak jest natomiast przeciwskażeń do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym osób, które spełniają warunki do uznania ich za członka rodzi-

ny osoby objętej obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Za dopuszczeniem możliwości zawierania umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z osobami spełniającymi warunki do zgłoszenia do ubezpieczenia jako członkowie rodziny przemawia brzmienie art. 68 ust. 1 ustawy, w którym brak jest zakazu ubezpieczania się dobrowolnie przez osoby spełniające warunki do uzyskania ubezpieczenia jako członkowie rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę na ubezpieczenie zdrowotne. NFZ powinien jednak poinformować osobę spełniającą powyższe warunki i ubiegającą się o zawarcie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego o możliwości uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu posiadania statusu członka rodziny osoby opłacającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne. **Osoba ubezpieczająca się dobrowolnie, podobnie jak osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, ma obowiązek zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.** Dlatego jedynie wyjątkowo powinno dochodzić do zawierania umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z osobą, która może być zgłoszona do ubezpieczenia na przykład jako małżonek osoby opłacającej składkę na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Zawarcie umowy z taką osobą wydaje się uzasadnione, wówczas gdy złoży ona w NFZ pisemne oświadczenie, że znana jest jej możliwość uzyskania ubezpieczenia z tytułu statusu członka rodziny, lecz zgłoszenie jej do ubezpieczenia jako członka rodziny napotyka trudne do przezwyciężenia przeszkody (na przykład nie jest znane miejsce pobytu małżonka objętego obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym lub w związku z faktyczną separacją czy z trwającym właśnie postępowaniem rozwodowym małżonek odmawia zgłoszenia danej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego).

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne jest możliwe w przypadku, gdy osoba, chcąc się ubezpieczyć, zamieszkuje na terytorium Polski. Oznacza to, że nie może ubezpieczyć się dobrowolnie na przykład osoba posiadająca obywatelstwo polskie i zamieszkująca na stałe w Kanadzie. Przy ustalaniu miejsca zamieszkania należy brać pod uwagę treść art. 25 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. O miejscu zamieszkania nie stanowi występowanie wyłącznie jednej przesłanki, polegającej na samym tylko zamieszkiwaniu w sensie fizycznym, jednakże bez zamiaru stałego pobytu, chociażby zamieszkiwanie trwało przez dłuższy czas na przykład w związku z wykonywaniem pracy czy studiowaniem w innej miejscowości (wyrok Sądu Najwyższego z 7 czerwca 1983 roku, II UR 4/83, OSP 12/84, poz. 265). Dlatego z zamieszkiwaniem z zamiarem stałego pobytu mamy do czynienia wówczas, gdy

występują okoliczności pozwalające na wyciągnięcie wniosku, że dana miejscowość jest głównym ośrodkiem spraw życiowych określonej dorosłej osoby fizycznej. Jeżeli taka miejscowość znajduje się poza granicami Polski, to należy uznać, że ta osoba nie zamieszkuje w Polsce. W tym miejscu warto podkreślić, iż zgodnie z ustawą z dnia 15 lutego 1962 roku o obywatelstwie polskim (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 28, poz. 353 z późn. zm.), obywatel polski w myśl prawa polskiego nie może być równocześnie uznawany za obywatela innego państwa. Wspomniany zapis nie oznacza zakazu posiadania dwóch obywatelstw, a jedynie to, że obywatela polskiego nie można, w myśl prawa polskiego, traktować równocześnie jako obywatela innego państwa.

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne umożliwia uzyskanie ubezpieczenia zdrowotnego osobom wskazanym w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy, czyli na przykład studentom i uczestnikom studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwentom, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, a nie posiadają obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (i jeżeli nie są oni osobami legalnie zamieszkującymi na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub EFTA). Objęcie tych osób dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest możliwe, choć nie zamieszkują one na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. A zatem na przykład studium w Polsce obywatel Ukrainy czy Algierii (to jest student nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego EFTA) może uzyskać ubezpieczenie zdrowotne w Polsce, i tym samym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego ubezpieczenia, jedynie w drodze zawarcia z NFZ umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast student mający obywatelstwo polskie lub innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej czy państwa członkowskiego EFTA – posiada ubezpieczenie zdrowotne jako członek rodziny osoby opłacającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne, a w przypadku braku takiej możliwości – podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu jako student niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu (czyli na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 20 ustawy).

Umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego

Osoba ubiegająca się o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne składa w wybranym oddziale wojewódzkim NFZ wniosek (zawierający między innymi dane tej oso-

by i członków jej rodziny) o objęciu tym ubezpieczeniem oraz podpisuje z NFZ umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Umowa zawierana jest na czas nieokreślony i jest to tak zwana umowa adhezyjna, czyli wspomniana osoba może jedynie wyrazić swój akces do umowy bądź go odmówić, nie ma natomiast wpływu na treść zapisów umowy obowiązującej w NFZ. Pewna swoboda w zakresie zapisów tej umowy dotyczy jedynie określenia daty objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym i podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie (data objęcia ubezpieczeniem nie może być jednak wcześniejsza niż dzień zawarcia umowy, a podstawa wymiaru składki nie może być niższa niż przeciętne wynagrodzenie).

Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym następuje z dniem określonym w umowie. Nie można jednak objąć tym ubezpieczeniem z datą wsteczną. NFZ powinien bowiem finansować koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych najwcześniej dopiero od tego dnia, w którym została z daną osobą zawarta umowa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Brak natomiast przeszkód do wskazania jako daty objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym daty późniejszej niż data zawarcia umowy (na przykład od pierwszego dnia miesiąca przypadającego po podpisaniu umowy). Wydaje się, że pożądanym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie przez ustawodawcę okresu wyczekiwania na uzyskanie prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (na przykład na wzór prawa do zasiłku chorobowego w ramach ubezpieczenia chorobowego). Istniejące obecnie uregulowania sprzyjają bowiem zjawisku zawierania umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego dopiero w momencie, kiedy świadczenia zdrowotne są już udzielane osobie decydującej się na to ubezpieczenie (na przykład w związku z jej hospitalizacją) lub zostaną udzielone w najbliższych dniach po zawarciu umowy. Jedynym skutkiem zbyt późnego zainteresowania się dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest opłata dodatkowa (o której będzie mowa w dalszej części artykułu).

Umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego może zawrzeć w imieniu osoby chcącej się ubezpieczyć ustanowiony przez nią pełnomocnik, którym może być zarówno członek rodziny osoby ubezpieczającej się, jak i inna osoba (na przykład sąsiad czy konkubina). Pełnomocnik powinien przedstawić NFZ dokument potwierdzający udzielone mu pełnomocnictwo (wystarczy zwykła pisemna forma pełnomocnictwa, z którego wynika, że dana osoba jest upoważniona do zawarcia wspomnianej umowy), a także dokumenty zawierające dane osoby ubezpieczanej, czyli na przykład adres zamieszkania czy numer PESEL.

Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego osoby ubezpieczającej się dobrowolnie jest dokonywane za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Osoba ta samodzielnie zgłasza się do ubezpieczenia zdrowotnego na druk ubezpieczeniowy ZUS ZZA (Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego/Zgłoszenie zmiany danych). Aby zgłosić do tego ubezpieczenia członków rodziny, należy z kolei złożyć druk ubezpieczeniowy ZUS ZCNA (Zgłoszenie danych o członkach rodziny, dla celów ubezpieczenia zdrowotnego).

Członków rodziny nie mogą zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy, czyli na przykład studenci-cudzoziemcy, a także ubezpieczający się dobrowolnie wolontariusze. Zgłoszenie członków rodziny przewidziane jest bowiem wyłącznie dla osób ubezpieczających się dobrowolnie wskazanych w art. 68 ust. 1 ustawy (tymczasem wolontariusze są osobami ubezpieczanymi dobrowolnie, o których mowa w art. 68 ust. 2 ustawy).

Niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, osoby mającej zawartą umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, może skutkować ukaraniem osoby ubezpieczającej się dobrowolnie grzywną (art. 193 pkt 6 ustawy).

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która zawarła umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz członków jej rodziny, przysługuje od wskazanego w umowie dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie trzydziestu dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ. Osoba opłacająca składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne przestaje natomiast być objęta tym ubezpieczeniem z dniem rozwiązania umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (za wypowiedzeniem lub porozumieniem stron) lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek. W przypadku ustania dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego należy powiadomić o tym ZUS na formularzu wyrejestrowania z ubezpieczeń (druk ZUS ZWUA).

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne wygasa z mocy prawa z chwilą objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym osoby ubezpieczającej się dotychczas dobrowolnie (na przykład z uwagi na nawiązanie przez nią stosunku pracy, zawarcie umowy zlecenia czy uzyskanie statusu bezrobotnego). **Nie można bowiem być jednocześnie osobą objętą obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.** Osoba ubezpieczająca się dobrowolnie powinna jednak powiadomić oddział wojewódzki NFZ, z którym miała zawartą umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, o fakcie uzyskania obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (wraz z wykazaniem tej okoliczności). Oczywiście o ustaniu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego

z tego powodu należy także powiadomić ZUS (na formularzu ZUS ZWUA).

Składka na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu (art. 68 ust. 4 pkt 1 ustawy). Zgodnie natomiast z art. 5 pkt 31 ustawy, ilekroć w ustawie jest mowa o przeciętnym wynagrodzeniu, rozumie się przez to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Dlatego na przykład podstawą wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne za czerwiec 2011 roku jest przeciętne wynagrodzenie w poprzednim kwartale, a zatem w tym przypadku w I kwartale 2011 roku. W konsekwencji minimalna składka na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne za czerwiec 2011 roku stanowi 9 procent tego wynagrodzenia.

Zapis mówiący, iż podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu, dopuszcza możliwość odprowadzania składki na dobrowolne ubezpieczenie od kwoty wyższej niż przeciętne wynagrodzenie. Jednak w praktyce przypadki odprowadzania składki od kwoty wyższej niż przeciętne wynagrodzenie – zdarzają się niezmiernie rzadko. Wprowadzając składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne można odliczyć od podatku dochodowego od osób fizycznych, to należy jednak wziąć pod uwagę następujące okoliczności:

- osoba odprowadzająca składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne może nie być podatnikiem podatku dochodowego od osób fizycznych,
- podatek dochodowy osoby ubezpieczającej się dobrowolnie może być niższy niż kwota odprowadzonych składek na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne,
- od podatku dochodowego można odliczyć jedynie 7,75 procent podstawy wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (a nie 9 procent podstawy wymiaru); oznacza to, że 1,25 procent podstawy wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne nie może zostać odliczone od podatku dochodowego,
- na dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących danej osobie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (czyli na przykład na ich ilość i jakość) nie ma wpływu wysokość odprowadzanej składki na ubezpieczenie zdrowotne (takie same świadczenia

przysługują osobie, która płaci miesięczną składkę w wysokości 100 zł, jak i tej która płaci 500 zł).

Dlatego przypadki odprowadzania składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne od wyższej kwoty niż przeciętne wynagrodzenie występują sporadycznie. Przyczyną odprowadzania tej składki od wyższej kwoty może być jedynie chęć uniknięcia przez ubezpieczonego ciągłego śledzenia informacji o wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w poszczególnych kwartałach.

Ustawodawca wprowadził natomiast inną podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne dla osób wymienionych w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy, czyli na przykład dla studentów i uczestników studiów doktoranckich z zagranicy, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej oraz absolwentów, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż. Dla wspomnianych osób podstawą wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne jest bowiem kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

Ponadto wypada podkreślić, że w przypadku:

- studiujących w Rzeczypospolitej Polskiej zagranicznych studentów i doktorantów,
 - odbywających w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż absolwentów-cudzoziemców,
 - uczących się na kursach języka polskiego oraz kursach przygotowawczych do podjęcia nauki w języku polskim cudzoziemców wymienionych w przepisach o szkolnictwie wyższym
- jeżeli osoby te zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji
- składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają lub będą odbywać studia. W przypadku tej grupy osób składka na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa (art. 86 ust. 1 pkt 14 i ust. 2 ustawy).

Podstawa wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne nie ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do okresu podlegania temu ubezpieczeniu. W myśl bowiem art. 79 ust. 2 ustawy składka na ubezpieczenie zdrowotne jest miesięczna i niepodzielna. Zapis ten dotyczy zarówno składki na ubezpieczenie obowiązkowe, jak i na ubezpieczenie dobrowolne. W praktyce oznacza to, że jeżeli na przykład dana osoba zostanie objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem 16 kwietnia, to zapłaci składkę nie w wysokości 50 procent składki miesięcznej a w pełnej wysokości, to jest w takiej samej wysokości jak osoba objęta tym ubezpieczeniem od 1 kwietnia. Ilość dni podlegania w danym miesiącu ubezpieczeniu nie ma tym samym wpływu na wysokość odprowadzanej składki.

Terminem odprowadzenia składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne jest 15. dzień następnego miesiąca (art. 87 ust. 1 ustawy). Dlatego składkę należną na przykład za kwiecień należy opłacić najpóźniej 15 maja. Wypada jednak zaznaczyć, że jeżeli ostatni dzień terminu opłacenia składki przypada na sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, za ostatni dzień terminu uważa się następny dzień po dniu lub dniach wolnych od pracy. Z tego powodu składka za lipiec może być odprowadzona najpóźniej 16 sierpnia (15 sierpnia jest bowiem dniem ustawowo wolnym od pracy). Jeżeli 16 sierpnia przypadałoby na sobotę lub niedzielę, to składka powinna zostać uiszczona najpóźniej w poniedziałek.

Składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne są opłacane i ewidencjonowane w ZUS. Na osobie opłacającej składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne spoczywa obowiązek składania w ZUS deklaracji rozliczeniowej (formularz ZUS DRA).

Warto podkreślić, iż zgodnie z art. 47 ust. 4b ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 z późn. zm.) – płatnik składek jest zobowiązany do opłacania należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w formie bezgotówkowej z własnego rachunku bankowego. Jednak przepis ten nie znajduje zastosowania wobec płatników składek będących osobami fizycznymi, jeżeli nie prowadzą pozarolniczej działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych (art. 47 ust. 4c teżej ustawy). A zatem osoby mające zawartą z NFZ umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, mogą odprowadzać (za pośrednictwem banku lub poczty) składkę na ubezpieczenie zdrowotne w formie gotówkowej.

Opłata dodatkowa

Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w przypadku niektórych osób jest uzależnione od wniesienia opłaty dodatkowej na rachunek NFZ (art. 68 ust. 7 i 8 ustawy). Wysokość tej opłaty jest uzależniona od okresu, w którym osoba chcąc ubezpieczyć się dobrowolnie, nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, i wynosi:

- 20 procent dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku,
- 50 procent dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej roku do 2 lat,
- 100 procent dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubez-

pieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 2 lat do 5 lat,

- 150 procent dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 5 lat do 10 lat,
- 200 procent dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.

Osoba chcąc ubezpieczyć się dobrowolnie – która co najmniej trzy miesiące nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym – musi się liczyć z tym, iż poza samą składką na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne czeka ją dodatkowy wydatek w postaci odpowiedniej opłaty.

Wysokość opłaty uzależniona jest od okresu niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, a także od wysokości dochodu przyjętego jako podstawa wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Jak już wcześniej zaznaczono, podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku. A zatem jeśli na przykład dana osoba nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym przez 1,5 roku, a jako podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne zadeklarowała 4000 zł (tyle bowiem przykładowo wyniosło przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw w poprzednim kwartale), to zobowiązana jest wnieść opłatę w wysokości 2000 zł (50 procent podstawy wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne zadeklarowanej przez tę osobę). Na marginesie wypada podkreślić, iż jest to jeszcze jeden argument przemawiający za tym, że osoby ubezpieczające się dobrowolnie będą wyjątkowo deklarowały – jako podstawę wymiaru składki na wspomniane ubezpieczenie – kwotę wyższą niż kwota odpowiadająca wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku. Gdyby bowiem w podanym powyżej przykładzie osoba ubezpieczająca się dobrowolnie zadeklarowała jako podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne kwotę 5000 zł (a nie minimalną kwotę podstawy składki, czyli wskazaną w przykładzie kwotę 4000 zł), to opłata dodatkowa dla tej osoby wyniosłaby 2500 zł (czyli opłata byłaby wyższa aż o 500 zł).

Opłata dodatkowa nie dotyczy osób wymienionych w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy, czyli na przykład ubezpieczających się dobrowolnie studentów-obcokrajowców, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej.

Przy obliczaniu tej opłaty, do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była objęta ubez-

pieczeniem zdrowotnym (przerwy w ubezpieczeniu), dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie dotychczasowych przepisów, czyli przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391 z późn. zm.). Przy obliczaniu wymienionych okresów nie bierze się natomiast pod uwagę okresu sprzed 1 stycznia 1999 roku (ubezpieczenie zdrowotne wprowadziła bowiem dopiero obowiązująca od 1 stycznia 1999 roku ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym).

Aby uniknąć obowiązku wniesienia dodatkowej opłaty (bądź uniknięcia opłaty w wyższej wysokości), osoba chcąc ubezpieczyć się dobrowolnie, powinna przedstawić NFZ dokumenty stwierdzające datę ustania ostatniego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego (na przykład świadectwo pracy, decyzję urzędu pracy o pozbawieniu statusu bezrobotnego, zaświadczenie płatnika) bądź dokumenty mogące potwierdzić, że osoba ta nie mogła ubezpieczyć się wcześniej (na przykład cudzoziemiec dopiero od miesiąca przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy uprawniającej do podjęcia pracy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony).

Wspomniana opłata jest wymagalna jedynie w przypadku trzymiesięcznej i dłuższej przerwy w ubezpieczeniu zdrowotnym, a nie w sytuacji trzymiesięcznego (i dłuższego) nieopłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Warto bowiem zaznaczyć, iż można nie odprowadzać składki na ubezpieczenie zdrowotne, a mimo wszystko być osobą objętą tym ubezpieczeniem. Dotyczy to na przykład osób zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodziny czy osób, których składka na ubezpieczenie zdrowotne jest obniżona do wysokości zaliczki na podatek dochodowy. Tym samym przedmiotowa opłata powinna być wnoszona jedynie przez osoby, które swoim zachowaniem (a właściwie beczynnością) doprowadziły do długotrwałej przerwy w ubezpieczeniu zdrowotnym. Trudno natomiast uznać za uzasadnione pobieranie tej opłaty od osoby, która przez ponad dziesięć lat była zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny (w związku z czym nie opłacała składki) i złożyła wniosek o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne w ciągu miesiąca od utraty statusu członka rodziny.

W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby chcąc ubezpieczyć się dobrowolnie, NFZ może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na dwanaście rat. Przy rozkładaniu opłaty na raty dopuszczalne jest zatem dowolne ustalenie poszczególnych rat (raty nie muszą być równe, może ich być dwanaście lub mniej, powinny być to jednak raty miesięczne).

NFZ przy wyrażaniu zgody na rozłożenie opłaty dodatkowej na raty miesięczne lub na odstąpienie od jej naliczania powinien natomiast brać w szczególności pod uwagę takie okoliczności, jak: źródło i wysokość dochodu osiąganego przez osobę chcącą ubezpieczyć się dobrowolnie, liczbę osób pozostających na utrzymaniu tej osoby, powody niezgłoszenia się do dobrowolnego ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od ustania ostatniego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeżeli opłata została rozłożona na przykład na dziesięć rat miesięcznych, a następnie po trzech miesiącach doszło do rozwiązania umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, to mimo wszystko nadal są wymagalne nieuiszczone raty opłaty (wystarczy nawet jeden dzień podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu). Od wniesienia opłaty dodatkowej NFZ uzależnia bowiem objęcie danej osoby dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Skoro zatem określona osoba została objęta tym ubezpieczeniem, to ma obowiązek uiścić tę opłatę w pełnej wysokości.

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne wolontariuszy

Zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. nr 96, poz. 873 z późn. zm.) wolontariusze mogą wykonywać – ochotniczo i bez wynagrodzenia – świadczenia, na rzecz:

- organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 tejże ustawy (to jest osób prawnych i jednostek organizacyjnych działających na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego, stowarzyszeń jednostek samorządu terytorialnego, spółdzielni socjalnych oraz spółek akcyjnych i spółek z ograniczoną odpowiedzialnością, a także klubów sportowych będących spółkami działającymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 2010 roku o sporcie (Dz.U. nr 127, poz. 857 z późn. zm.), które: nie działają w celu osiągnięcia zysku oraz przeznaczają całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznaczają zysku do podziału między swoich członków, udziałowców, akcjonariuszy i pracowników w zakresie ich działalności statutowej, w szczególności w zakresie działalności pożytku publicznego, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,
- organów administracji publicznej, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,

- jednostek organizacyjnych podległych organom administracji publicznej lub nadzorowanych przez te organy, z wyłączeniem prowadzonej przez te jednostki działalności gospodarczej,
- podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej.

Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie wymienione powyżej podmioty określa mianem korzystającego.

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne wolontariuszy charakteryzuje się pewną odmiennością w stosunku do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego pozostałych osób.

Wolontariusza zgłasza do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego podmiot korzystający z jego pracy. Wspomniany podmiot może zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego jedynie tych wolontariuszy, którzy nie są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu. Oznacza to, że korzystający zgłasza do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego jedynie tych wolontariuszy, którzy nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, jak też nie mogą zostać zgłoszeni do ubezpieczenia jako członkowie rodziny osoby opłacającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Podmiot korzystający z pracy wolontariusza zawiera z NFZ umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, w której dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym zostaje objęty wolontariusz. A zatem stroną tej umowy nie jest osoba ubezpieczająca się dobrowolnie, lecz inny podmiot (tak zwany korzystający).

W przypadku wolontariuszy składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne opłaca korzystający. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi w tym przypadku kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu. Zgodnie z art. 5 pkt 13 ustawy ilekroć w ustawie jest mowa o minimalnym wynagrodzeniu, rozumie się przez to minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 roku o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. nr 200, poz. 1679). W 2011 roku minimalne wynagrodzenie wynosi 1386 zł.

Objęcie wolontariusza dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym nie jest uzależnione od wniesienia

opłaty dodatkowej. Z tego też powodu okoliczność, że przed zawarciem umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego wolontariusz nie był od ponad trzech miesięcy objęty ubezpieczeniem zdrowotnym – nie powoduje wymagalności tej opłaty.

Korzystający nie może zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny wolontariusza (na przykład jego małżonka i dzieci). Zgłoszenie członków rodziny przewidziane jest bowiem wyłącznie dla osób ubezpieczających się dobrowolnie i wskazanych w art. 68 ust. 1 ustawy. Wolontariusze są natomiast osobami ubezpieczanymi dobrowolnie, o których mowa w art. 68 ust. 2 ustawy.

W pozostałym zakresie do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego wolontariuszy stosuje się zapisy, które znajdują zastosowanie w przypadku umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zawartych na zasadach ogólnych (na przykład w zakresie terminu opłacania składki czy powstania i ustania prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego).

Dowód ubezpieczenia zdrowotnego dla osób ubezpieczających się dobrowolnie

Dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie dowodem posiadania ubezpieczenia zdrowotnego jest egzemplarz umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kopią formularza ZUS ZZA oraz dowodem opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne za ostatni miesiąc przypadający przed korzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei dla członków rodzin tychże osób, jako dowód ubezpieczenia zdrowotnego, poza wymienionymi powyżej dokumentami, należy jeszcze dodatkowo uznać kopię formularza ZUS ZCNA złożonego w ZUS, potwierdzającego zgłoszenie danej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny. Jeśli członkiem rodziny zgłoszonym do ubezpieczenia jest pełnoletnie dziecko osoby ubezpieczającej się dobrowolnie, to dodatkowo powinien być przedstawiony dokument potwierdzający, że dziecko jeszcze się kształci (na przykład ważna legitymacja szkolna lub studencka).

W przyszłości dowodem ubezpieczenia zdrowotnego dla osób ubezpieczających się dobrowolnie (podobnie jak dla pozostałych ubezpieczonych) będzie karta ubezpieczenia zdrowotnego. ■

Andrzej Szybkie

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Instytucja ponownego rozpatrzenia decyzji emerytalno-rentowej na gruncie unijnego rozporządzenia nr 987/2009

W artykule omówiono wprowadzoną przez rozporządzenie nr 987/2009 nową instytucję prawną w ramach unijnego postępowania emerytalno-rentowego. Stworzono ją w celu poprawy sytuacji proceduralnej osób migrujących w obrębie Unii Europejskiej, które z racji podlegania kilku systemom rentowo-emerytalnym szczególnie są narażone na niewłaściwą ocenę swoich uprawnień emerytalno-rentowych. Autor pozytywnie oceniając instytucję ponownego rozpatrzenia decyzji emerytalno-rentowej, wskazuje również na wątpliwości, jakie mogą powstawać w trakcie jej stosowania w państwach członkowskich.

Z dniem 1 maja 2010 roku dokonano reformy unijnych regulacji dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Od tego dnia zaczęło obowiązywać rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego¹ (zwane dalej rozporządzeniem nr 883/2004). Wraz z nim weszło w życie rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE)

nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 roku dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego² (zwane dalej rozporządzeniem nr 987/2009). Rozporządzenia te, z pewnymi wyjątkami, zastąpiły dotychczas obowiązujące rozporządzenia nr 1408/71 i nr 574/72³.

W rozporządzeniu nr 987/2009 pojawiły się nowe instytucje prawne w ramach unijnego postępowania

¹ Dz. Urz. UE L 166 z 30 kwietnia 2004 r., s. 1.

² Dz. Urz. UE L 284 z 30 października 2009 r., s. 1.

³ 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 i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5 lipca 1971 r. s. 1 z późn. zm.) oraz 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 w stosunku do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27 marca 1972 r., s. 1 z późn. zm.).

emerytalno-rentowego, czyli postępowania w sprawach świadczeń emerytalno-rentowych z elementem transgranicznym dotyczącym ustawodawstwa co najmniej dwóch państw członkowskich, toczącego się z zastosowaniem unijnych rozporządzeń z zakresu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Jedną z takich nowych instytucji prawnych, stworzoną w celu poprawy sytuacji proceduralnej osoby migrującej w obrębie Unii Europejskiej⁴ w postępowaniu w sprawie emerytur i rent, jest instytucja „ponownego rozpatrzenia decyzji emerytalno-rentowej”. Instytucji takiej nie przewidywały rozporządzenia obowiązujące przed 1 maja 2010 roku, to jest rozporządzenie nr 1408/71⁵ i rozporządzenie nr 574/72⁶.

Unijne postępowanie emerytalno-rentowe

Unijne postępowanie emerytalno-rentowe dotyczy osoby, która ubiega się o emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy lub rentę rodzinną w związku z podleganiem przez ubezpieczonego systemom emerytalno-rentowym różnych państw członkowskich i posiadaniem okresów ubezpieczenia lub zamieszkania w tych państwach⁷. Podstawą tego postępowania są postanowienia rozporządzenia nr 883/2004, przede wszystkim jego art. 50.

W myśl art. 50 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 wszystkie instytucje właściwe określają uprawnienie do świadczeń na podstawie ustawodawstw państw członkowskich, którym podlegał zainteresowany, kiedy złożone zostanie podanie o przyznanie świadczenia, o ile zainteresowany w sposób wyraźny nie

ubiega się o odroczenie przyznania świadczeń z tytułu starości na podstawie ustawodawstwa jednego lub więcej państw członkowskich. Ustanowiona więc została zasada jednoczesnego ustalania uprawnień do świadczeń emerytalno-rentowych⁸.

Przepisy unijne dopuszczają, aby osoba, która podlegała systemom zabezpieczenia społecznego różnych państw członkowskich i w konsekwencji nabywała ekspektatywy uprawnień emerytalno-rentowych w tych państwach, mogła nabyć prawo do świadczeń z tytułu starości lub inwalidztwa w każdym z tych państw z chwilą realizacji ryzyka, po spełnieniu warunków nabycia prawa do świadczeń określonych w krajowych ustawodawstwach tych państw. Dotyczy to także osób pozostałych przy życiu ubiegających się o rentę rodzinną po takiej osobie migrującej zarobkowo w obrębie państw członkowskich UE.

Unijne postępowanie emerytalno-rentowe wszczęte jest na podstawie jednego wniosku zgłaszanego przez osobę zainteresowaną⁹. W myśl art. 45 ust. 4 rozporządzenia nr 987/2009¹⁰ wnioskodawca składa wniosek do instytucji jego miejsca zamieszkania lub instytucji ostatniego państwa członkowskiego, którego ustawodawstwu podlegał. Jeżeli zainteresowany nigdy nie podlegał ustawodawstwu stosowanemu przez instytucję miejsca zamieszkania, instytucja ta przekazuje wniosek instytucji ostatniego państwa członkowskiego, którego ustawodawstwu podlegał zainteresowany. Data złożenia wniosku jest wiążąca dla wszystkich zainteresowanych instytucji¹¹, jednakże w przypadku, gdy wnioskodawca w chwili zgłaszania wniosku „pierwszorazowego” nie powiadomił o tym, że był zatrudniony

⁴ Do czasu wejścia w życie aktów rozszerzających stosowanie rozporządzeń nr 883/2004 i nr 987/2009 na relacje ze Szwajcarią oraz z państwami EOG nienależącymi do UE (Norwegia, Islandia, Liechtenstein), rozporządzenia te mają zastosowanie wyłącznie do państw członkowskich Unii Europejskiej, do Szwajcarii, Norwegii, Islandii i Liechtensteinu zastosowanie znajdują natomiast postanowienia rozporządzeń Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. oraz nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r.

⁵ 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 i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5 lipca 1971 r., s. 1 z późn. zm.).

⁶ 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 w stosunku do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek oraz do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27 marca 1972 r., s. 1 z późn. zm.).

⁷ W ograniczonym zakresie procedury unijne dotyczą również osób ubiegających się o świadczenia emerytalno-rentowe z jednego państwa członkowskiego, a zamieszkujących w innym państwie członkowskim UE.

⁸ O ile zainteresowany w sposób wyraźny nie ubiega się o odroczenie przyznania świadczeń z tytułu starości na podstawie ustawodawstwa jednego lub więcej państw członkowskich, zgodnie z art. 50 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004.

⁹ Wniosek emerytalno-rentowy może być też w odpowiednich sytuacjach przewidzianych przepisami zgłoszony przez przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika, bądź inną osobę do tego uprawnioną; W Polsce, zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe i zasad wypłaty tych świadczeń, postępowanie w sprawie świadczeń emerytalno-rentowych z ZUS wszczyna się na podstawie wniosku zgłoszonego przez osobę zainteresowaną lub jej pełnomocnika, przy czym zgodnie z § 5 ust. 2 tego rozporządzenia, za pełnomocnika zainteresowanego uważa się również członka najbliższej rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym albo opiekuna społecznego, przedstawiciela zakładu pracy, organizacji związkowej lub instancji wojaskowej, właściwego organu wojskowego, związku inwalidów, emerytów i rencistów, jeżeli działają oni za zgodą zainteresowanego.

¹⁰ Odnosi się to do sytuacji innych niż sytuacja dotycząca ustalania świadczenia z tytułu inwalidztwa, jeśli zainteresowany podlegał wyłącznie tak zwanym ustawodawstwom typu A, gdy wniosek zgłaszany jest w oparciu o art. 44 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 i zgodnie z art. 45 ust. 1 rozporządzenia nr 987/2009.

¹¹ Art. 45 ust. 5 rozporządzenia nr 987/2009.

lub miał miejsce zamieszkania w innych państwach członkowskich, mimo że został o taką informację poproszony, dzień, w którym wnioskodawca uzupełni wniosek pierwotny lub złoży nowy wniosek obejmujący brakujące okresy zatrudnienia lub zamieszkania w danym państwie członkowskim, uznany zostaje za dzień złożenia wniosku do instytucji stosującej dane ustawodawstwo, z zastrzeżeniem korzystniejszych przepisów tego ustawodawstwa¹².

Instytucja, do której składany lub przekazywany jest wniosek o przyznanie świadczeń emerytalno-rentowych, nazywana jest instytucją kontaktową¹³. Rola instytucji kontaktowej została opisana w art. 47 ust. 1 rozporządzenia nr 987/2009. Instytucja ta rozpatruje wniosek o przyznanie świadczeń na podstawie stosowanego przez siebie ustawodawstwa, a ponadto, jako instytucja kontaktowa, promuje również wymianę danych, informowanie o decyzjach i działania niezbędne do rozpatrzenia wniosku przez zainteresowane instytucje oraz dostarcza wnioskodawcy na jego wniosek wszelkich informacji o wspólnotowych aspektach postępowania wyjaśniającego w sprawie wniosku oraz informuje o postępie prac¹⁴. Instytucja kontaktowa pełni więc istotną rolę koordynatora międzynarodowego postępowania emerytalno-rentowego.

Rozpatrywanie wniosków emerytalno-rentowych w ramach unijnego postępowania emerytalno-rentowego odbywa się równolegle przez instytucję właściwą każdego z państw członkowskich, których ustawodawstwu podlegał ubezpieczony. Instytucja kontaktowa, po otrzymaniu wniosku emerytalno-rentowego od wnioskodawcy, niezwłocznie przekazuje wniosek wszystkim instytucjom zainteresowanym wraz ze wszystkimi dokumentami, jakimi dysponuje oraz, w stosownych przypadkach, wraz z istotnymi dokumentami dostarczonymi przez wnioskodawcę, tak aby wszystkie te instytucje mogły jednocześnie rozpocząć rozpatrywanie wniosku. Instytucja kontaktowa powiadamia pozostałe instytucje o okresach ubezpieczenia lub zamieszkania podlegających obowiązującemu ją ustawodawstwu. Wskazuje także, które dokumenty będą dostarczone w terminie późniejszym oraz uzupełnia wniosek najszybciej, jak to możliwe¹⁵. Ponadto każda z zainteresowanych instytucji powiadamia instytucję kontaktową i pozostałe instytucje zainteresowa-

ne, najszybciej jak to możliwe, o okresach ubezpieczenia lub zamieszkania podlegających ich ustawodawstwu¹⁶.

Zgodnie z art. 48 ust. 1 rozporządzenia nr 987/2009 każda instytucja powiadamia wnioskodawcę o podjętej przez siebie decyzji w sprawie świadczeń emerytalno-rentowych zgodnie z mającym zastosowanie ustawodawstwem. W każdej decyzji określone są środki zaskarżenia i terminy odwołania wynikające z ustawodawstwa krajowego. Gdy tylko instytucja kontaktowa otrzyma informacje o wszystkich decyzjach podjętych przez instytucje zainteresowane, przekazuje wnioskodawcy i pozostałym zainteresowanym instytucjom streszczenie tych decyzji. Wzór streszczenia określa Komisja Administracyjna¹⁷. Streszczenie przekazywane jest wnioskodawcy w języku instytucji lub, na wniosek wnioskodawcy, w dowolnym języku wskazanym przez niego spośród urzędowych języków instytucji wspólnotowych, określonych zgodnie z art. 290 Traktatu¹⁸.

Zakres i tryb ponownego rozpatrzenia decyzji

Zgodnie z art. 48 ust. 2 rozporządzenia nr 987/2009, w przypadku gdy po otrzymaniu streszczenia od instytucji kontaktowej, okaże się, że wzajemne oddziaływanie decyzji podjętych przez dwie lub więcej instytucji może wpłynąć w sposób niekorzystny na prawa wnioskodawcy, wnioskodawca ma prawo do tego, by decyzje te zostały ponownie rozpatrzone przez zainteresowane instytucje w terminie określonym w stosowanym przez nie ustawodawstwie krajowym. Bieg terminów rozpoczyna się z dniem otrzymania streszczenia. O wynikach ponownego rozpatrzenia decyzji wnioskodawca zostaje powiadomiony na piśmie.

Instytucja ponownego rozpatrzenia decyzji odróżniana jest od standardowych środków zaskarżenia decyzji określonych w krajowym ustawodawstwie stosowanym przez instytucję, która wydała decyzję w sprawie świadczeń emerytalno-rentowych. Rozporządzenie nakazuje instytucjom przy doręczaniu decyzji, pouczać o środkach zaskarżenia decyzji oraz terminach na ich zastosowanie. Z kolei prawo do ponownego rozpatrzenia decyzji

¹² Art. 45 ust. 6 rozporządzenia nr 987/2009.

¹³ Jeżeli zainteresowany nigdy nie podlegał ustawodawstwu stosowanemu przez instytucję miejsca zamieszkania, nazwa ta nie odnosi się do tej instytucji.

¹⁴ Art. 47 ust. 1 zdanie trzecie rozporządzenia nr 987/2009.

¹⁵ Art. 47 ust. 4 rozporządzenia nr 987/2009.

¹⁶ Art. 47 ust. 5 rozporządzenia nr 987/2009.

¹⁷ Komisja Administracyjna ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego, którą ustanowiono na podstawie art. 71 rozporządzenia nr 883/2004, jest organem pomocniczym Komisji Europejskiej.

¹⁸ Aktualny wzór streszczenia został ustalony przez Komisję Administracyjną i określony jako dokument P1.

stanowi, jak się wydaje, odrębny środek weryfikacji decyzji emerytalno-rentowych podjętych przez instytucje właściwe. Jest to w części samoistny środek zaskarżenia, ukonstytuowany przez rozporządzenie nr 987/2009. Nie jest on całkowicie samoistny, ponieważ rozporządzenie przewiduje tylko pewne ramy instytucjonalne prawa do ponownego rozpatrzenia decyzji, określając, że:

- przysługuje ono w sytuacji, gdy wzajemne oddziaływanie decyzji podjętych przez dwie lub więcej instytucji może wpłynąć w sposób niekorzystny na prawa wnioskodawcy,
- bieg terminów na skorzystanie z tego prawa rozpoczyna się z dniem otrzymania streszczenia,
- o wynikach ponownego rozpatrzenia decyzji wnioskodawca zostaje powiadomiony na piśmie.

Został tu określony zakres prawa do ponownego rozpatrzenia decyzji emerytalno-rentowej. Poza tym zakresem pozostają sprawy, w których osoba zainteresowana zgłasza zastrzeżenia do decyzji emerytalno-rentowej, jednak nie ze względu na wzajemne oddziaływanie decyzji wydanych przez instytucje właściwe państw członkowskich, lecz z innych powodów. Instytucja ta ustanowiona została z myślą o zagwarantowaniu osobie zainteresowanej dodatkowej ochrony prawnej w unijnych postępowaniach emerytalno-rentowych, gdy po wydaniu decyzji przez wszystkie instytucje właściwe osoba zainteresowana uzyskuje określony obraz swojej sytuacji prawnej w obrębie całej Unii Europejskiej, a w konsekwencji może ona uznać, że w którymś z państw członkowskich prawa jej zostały naruszone przez jedną lub więcej decyzji. Przykładem takiej sytuacji może być przypadek, gdy żadne z państw nie uzna określonych okresów zatrudnienia osoby zainteresowanej, w wyniku czego powstaje luka w stażu w ramach państw członkowskich, a konsekwencją tego może być na przykład brak możliwości nabycia prawa do emerytury lub renty w którymś z państw członkowskich. Osoba niezadowolona z decyzji podjętych w kontekście unijnym, może zatem skorzystać z tego specjalnego instrumentu ochronnego.

Co do sposobu realizacji omawianego prawa, rozporządzenie odsyła jednak do ustawodawstwa krajowego stosowanego przez instytucję właściwą, która wydała decyzję emerytalno-rentową. W tym wyraża się, częściowo samoistny, charakter tego środka zaskarżenia. Rozporządzenie bowiem nakazuje zastosować tu instytucję prawną funkcjonującą w prawie krajowym stosowanym przez właściwą instytucję emerytalno-rentową – instytucję najle-

piej dopasowującą się do ram określonych w art. 48 ust. 2 rozporządzenia.

W każdym z państw członkowskich konieczne jest dokonanie oceny, czym jest „ponowne rozpatrzenie decyzji”, o którym mowa w art. 48 ust. 2 rozporządzenia nr 987/2009 na gruncie krajowego ustawodawstwa danego państwa, inaczej mówiąc, która z instytucji przewidzianych w przepisach prawnych najbardziej odpowiada potrzebom realizacji tej konstrukcji prawnej. Oceniając ją, należy zauważyć, że w rozporządzeniu jest mowa o ponownym rozpatrzeniu decyzji przez „zainteresowane instytucje”¹⁹ oraz że rozporządzenie innych wyrażen używa w odniesieniu do standardowych środków zaskarżenia decyzji, przewidzianych w ustawodawstwach krajowych²⁰.

Ponowne rozpatrzenie decyzji na gruncie ustawodawstwa polskiego

Biorąc pod uwagę kryteria określone w rozporządzeniu nr 987/2009 dla instytucji ponownego rozpatrzenia decyzji emerytalno-rentowej wydanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wydaje się, że w ramach polskiego powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych instytucja ponownego rozpatrzenia decyzji na wniosek osoby zainteresowanej może być realizowana następująco:

- w sytuacji, gdy nie minął jeszcze termin na złożenie odwołania do sądu od decyzji emerytalno-rentowej wydanej przez ZUS (przed uprawomocnieniem decyzji ZUS), zgłoszenie wniosku o ponowne rozpatrzenie decyzji, o którym mowa w art. 48 ust. 2 rozporządzenia nr 987/2009, skutkować będzie koniecznością ustosunkowania się przez organ rentowy do zarzutów postawionych we wniosku poprzez wydanie decyzji uchylającej/zmieniającej kwestionowaną decyzję bądź też podtrzymującej pierwotną decyzję;
- w sytuacji, gdy termin na złożenie odwołania do sądu od decyzji emerytalno-rentowej wydanej przez ZUS już minął (po uprawomocnieniu decyzji ZUS), zgłoszenie wniosku o ponowne rozpatrzenie decyzji, o którym mowa w art. 48 ust. 2 rozporządzenia nr 987/2009, skutkować będzie zastosowaniem instytucji ponownego ustalenia prawa lub wysokości emerytury lub renty, o którym mowa w art. 114 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych²¹ (zwanej dalej ustawą emerytalną), ponieważ podważanie prawomocnej decyzji organu rentowego może być

¹⁹ Art. 48 ust. 2 rozporządzenia nr 987/2009.

²⁰ Art. 48 ust. 1 rozporządzenia nr 987/2009.

²¹ Tekst jednolity ustawy w Dz.U. z 2009 r. nr 153, poz. 1227 ze zm.

dokonane tylko w formie przewidzianej w tym artykule, poprzez wznowienie zakończonych już postępowania.

Wniosek o ponowne rozpatrzenie decyzji może zostać zgłoszony na różnych etapach postępowania emerytalno-rentowego, to jest przed albo po upływie terminu na złożenie odwołania do sądu od wydanej decyzji. Złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie dopuszczalne jest dopiero po otrzymaniu streszczenia decyzji. Same decyzje, w tym decyzja ZUS, mogła już zostać jednak w ramach postępowania uprzednio doręczona osobie zainteresowanej, ponieważ streszczenie opracowywane jest i wysyłane do osoby zainteresowanej przez instytucję kontaktową, dopiero gdy decyzje w sprawach świadczeń podjęte zostały w ramach unijnego postępowania przez wszystkie instytucje uczestniczące w postępowaniu. W doręczonej decyzji ZUS osoba zainteresowana zostaje pouczone o możliwości zgłoszenia odwołania od decyzji do sądu za pośrednictwem organu rentowego. Osoba ta mogła w momencie otrzymania streszczenia decyzji skorzystać z tego prawa bądź nie. Procedura unijna jest więc niezależna od procedur odwoławczych od decyzji przewidzianych w ustawodawstwie krajowym. Należy również zauważyć, że w niektórych postępowaniach ZUS pełni funkcję instytucji kontaktowej, w innych natomiast funkcję tę pełni instytucja innego państwa członkowskiego.

Jeżeli nie minął jeszcze termin na złożenie odwołania od decyzji emerytalno-rentowej wydanej przez ZUS, zgłoszenie wniosku o ponowne rozpatrzenie decyzji spowoduje uwzględnienie tego wniosku przez ZUS w ramach dotychczasowego postępowania emerytalno-rentowego. ZUS rozpatrzy zatem zgłaszane zarzuty lub roszczenia jeszcze w ramach pierwotnego postępowania i powinien odnieść się do stawianych zarzutów poprzez wydanie decyzji bądź to podtrzymującej wcześniejszą decyzję, bądź też zmieniającą w całości lub w części. W sytuacji, gdy decyzja została doręczona i nie upłynął termin na zgłoszenie odwołania od decyzji, jak się wydaje, biorąc pod uwagę charakter „prawa do ponownego rozpatrzenia decyzji przez instytucję”, brak jest podstaw do traktowania wniosku o ponowne rozpatrzenie decyzji zgłoszonego w takim okresie jako odwołania do sądu od decyzji organu rentowego. Organ rentowy nie powinien takiego wniosku zatem przekazywać do sądu, jako odwołania, jeśli się z nim nie zgadza, lecz w każdym przypadku wydać nową

decyzję, odnoszącą się do zastrzeżeń zgłoszonych przez wnioskodawcę.

W sytuacji, gdy termin na złożenie odwołania już upłynął, wzruszenie decyzji emerytalno-rentowej ZUS może nastąpić w trybie art. 114 ustawy emerytalnej. W myśl art. 114 ust. 1 tej ustawy, prawo do świadczeń lub ich wysokość ulega ponownemu ustaleniu na wniosek osoby zainteresowanej lub z urzędu, jeżeli po uprawomocnieniu się decyzji w sprawie świadczeń zostaną przedłożone nowe dowody lub ujawniono okoliczności istniejące przed wydaniem tej decyzji, które mają wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość. W mocy ust. 1a przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio, jeżeli po uprawomocnieniu się decyzji, okaże się, że przedłożone dowody nie dawały podstaw do ustalenia prawa do emerytury lub renty albo ich wysokości. Ustęp 2 tego artykułu określa tryb postępowania w sprawach ponownego ustalenia prawa lub wysokości świadczeń emerytalno-rentowych z ZUS w sytuacji, gdy prawo do świadczeń lub ich wysokość ustalono orzeczeniem organu odwoławczego. Mianowicie, przewiduje on, że w takim przypadku, w zależności od sytuacji, organ rentowy na podstawie dowodów lub okoliczności:

- wydaje we własnym zakresie decyzję przyznającą prawo do świadczeń lub podwyższającą ich wysokość;
- występuje do organu odwoławczego z wnioskiem o wznowienie postępowania przed tym organem, gdy z przedłożonych dowodów lub ujawnionych okoliczności wynika, że prawo do świadczeń nie istnieje lub że świadczenia przysługują w niższej wysokości; z wnioskiem tym organ rentowy może wystąpić w każdym czasie;
- wstrzymuje wypłatę świadczeń w całości lub części, jeżeli emeryt lub rencista korzystał ze świadczeń na podstawie nieprawdziwych dokumentów lub zeznań albo w innych wypadkach złej woli.

W świetle art. 48 ust. 2 stosowanego w związku z art. 114 ustawy emerytalnej, wnioskodawca ma prawo do zgłoszenia wniosku o ponowne ustalenie prawa lub wysokości emerytury lub renty²² z ZUS, jeżeli po otrzymaniu streszczenia od instytucji kontaktowej uzna, że wzajemne oddziaływanie decyzji podjętych przez dwie lub więcej instytucji może wpłynąć w sposób niekorzystny na prawa wnioskodawcy. Wystarczy przy tym, jak można domniemywać, niekorzystny wpływ tylko jednej z tych decyzji.

²² Chodzi o emeryturę lub rentę objętą zakresem przedmiotowym rozporządzenia nr 883/2004, określonym w art. 3 tego rozporządzenia. Nie dotyczy to zatem na przykład renty dla inwalidy wojennego lub wojskowego, która nie jest objęta postanowieniami rozporządzenia nr 883/2004, z uwagi na wyłączenie z zakresu przedmiotowego na mocy art. 3 ust. 5 lit. b rozporządzenia nr 883/2004.

Interakcja między decyzjami nie musi być wzajemna, lecz może być także jednokierunkowa.

Jak się wydaje, samo powołanie się przez wnioskodawcę na negatywne skutki interakcji decyzji emerytalno-rentowych nie powinno stanowić jeszcze przesłanki do wznowienia postępowania na zasadach wynikających z art. 114 ustawy, dopóki nie zostaną spełnione przesłanki określone w tym artykule, to jest, o ile nie zostaną przedłożone nowe dowody lub ujawniono okoliczności istniejące przed wydaniem tej decyzji, które mają wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość, lub nie okaże się, że przedłożone dowody nie dawały podstaw do ustalenia prawa do emerytury lub renty albo ich wysokości. W sytuacji, gdy decyzja instytucji zagranicznej wydana w postępowaniu emerytalno-rentowym, już po wydaniu decyzji przez organ rentowy ZUS, rzucająca nowe światło na sprawę, której uwzględnienie mogłoby zmienić merytoryczne rozstrzygnięcie przez ZUS, decyzja ta, jak się wydaje, może stanowić – na gruncie art. 114 ustawy – nowy dowód, nieznaný organowi rentowemu w chwili wydawania decyzji.

Biorąc pod uwagę, że prawo do ponownego rozpatrzenia decyzji emerytalno-rentowych na gruncie rozporządzenia nr 987/2009 oznaczałoby między innymi prawo do wnioskowania, po uprawomocnieniu się decyzji ZUS, o ponowne ustalenie prawa lub wysokości emerytury lub renty zgodnie z art. 114 ustawy emerytalnej, należy zauważyć, że polska ustawa nie wskazuje żadnego terminu na zgłoszenie takiego wniosku. Brak jest terminów granicznych dla zgłoszenia wniosku o ponowne ustalenie prawa lub wysokości świadczeń przez ZUS. Rozporządzenie odsyła w zakresie tych terminów do ustawodawstwa krajowego, a zatem nie zobowiązuje państw członkowskich do wprowadzenia określonych terminów, lecz do zastosowania terminów określonych w ustawodawstwie krajowym, o ile one istnieją²³. W przypadku osoby chcącej skorzystać z omawianego prawa do ponownego rozpatrzenia decyzji wydanej przez ZUS nie ma zatem żadnych terminów granicznych na zgłoszenie wniosku.

Rozporządzenie nr 987/2009 zobowiązuje do poinformowania na piśmie wnioskodawcy o wynikach ponownego rozpatrzenia decyzji. Przechodząc na grunt polskiego ustawodawstwa, skoro zastosowanie znalazłaby tu instytucja wskazana w art. 114 ustawy emerytalnej (po uprawomocnieniu decyzji),

czy też zgłoszenie zarzutu w ramach postępowania niezakończzonego prawomocną decyzją, zastosowanie tej instytucji prawnej prowadzi na gruncie prawa polskiego do każdorazowego wydania decyzji przez organ rentowy, która to decyzja z kolei podlega każdorazowemu doręczeniu osobie zainteresowanej, wraz z podaniem środków zaskarżenia wynikających z prawa krajowego. Dyspozycja rozporządzenia unijnego dotycząca informowania o wynikach postępowania jest zatem realizowana w polskim ustawodawstwie.

Dodatkowo należy zauważyć, że taka nowa decyzja organu rentowego, wydana na skutek ponownego rozpatrzenia, będzie mogła zostać również zaskarżona w trybie sądowym. Jak się wydaje, decyzja taka nie podlega jednak ponownej notyfikacji poprzez przygotowanie nowego streszczenia decyzji w rozumieniu art. 48 ust. 1 rozporządzenia nr 987/2009 i nie stanie się przedmiotem prawa do ponownego rozpatrzenia decyzji wynikającego z art. 48 ust. 2 rozporządzenia. Biorąc pod uwagę postanowienia rozporządzenia nr 987/2009, można przyjąć, że przygotowanie streszczenia ma charakter jednorazowy, kończąc wspólne pierwszorazowe unijne postępowanie emerytalno-rentowe, zważywszy, że rozporządzenie nr 987/2009 wyraźnie wskazuje przypadki, w których osoba i inne instytucje mają być informowani o decyzji emerytalno-rentowej wydanej przez instytucję właściwą oraz o decyzjach podjętych przez wszystkie zainteresowane instytucje właściwe. Skoro rozporządzenie przewiduje tylko pisemne poinformowanie wnioskodawcy o sposobie rozpatrzenia jego wniosku o ponowne rozpatrzenie decyzji, nie należy domniemywać, że w takiej sytuacji instytucja kontaktowa powinna wysłać ponownie osobie zainteresowanej streszczenie decyzji emerytalno-rentowych, gdyż nie zostało to wyrażone zapisane w postanowieniach rozporządzenia.

W Polsce w ramach właściwości ZUS wnioski w sprawach świadczeń emerytalno-rentowych podlegających koordynacji unijnej rozpatrują wyznaczone przez Prezesa jednostki realizujące umowy międzynarodowe. Właściwość jednostek określona została poprzez kryterium ostatniego państwa poza Polską, w którym osoba zainteresowana²⁴ była ubezpieczona, a w odniesieniu do osób, które podlegały wyłącznie polskiemu ustawodawstwu – poprzez kryterium państwa zamieszkania poza Polską. I tak według stanu na dzień 1 czerwca 2011 roku:

²³ Instytucje niektórych państw członkowskich, na przykład w Hiszpanii, zgłaszają pod rozwałę wprowadzenie takiego jednolitego terminu dla wszystkich państw członkowskich w rozporządzeniu nr 987/2009. Wydaje się to jednak niewłaściwe, biorąc pod uwagę, że w państwach, w których brak jest ograniczeń do zgłaszania takiego wniosku, wprowadzenie terminu w rozporządzeniu unijnym (mającym pierwszeństwo w stosowaniu w razie konfliktu z prawem krajowym), spowoduje ograniczenie uprawnień osób zainteresowanych w zakresie możliwości zgłaszania takiego wniosku i będzie mniej korzystne niż zastosowanie polskiego prawa krajowego.

²⁴ Lub zmarły, po którym ustalana jest renta rodzinna.

- **I Oddział ZUS w Łodzi** – Wydział Realizacji Umów Międzynarodowych – jest właściwy dla osób posiadających polskie i zagraniczne okresy ubezpieczenia, w tym ostatnio przebyte na Cyprze, w Grecji, w Hiszpanii, na Malcie, w Portugalii lub we Włoszech, albo mających wyłącznie polskie okresy ubezpieczenia, a zamieszkałych w jednym z wymienionych państw,
- **Oddział ZUS w Nowym Sączu** – Wydział Realizacji Umów Międzynarodowych – jest właściwy dla osób posiadających polskie i zagraniczne okresy ubezpieczenia, w tym ostatnio przebyte w Czechach lub na Słowacji, albo mających wyłącznie polskie okresy ubezpieczenia, a zamieszkałych w jednym z wymienionych państw,
- **Oddział ZUS w Tarnowie** – Wydział Realizacji Umów Międzynarodowych – jest właściwy dla osób posiadających polskie i zagraniczne okresy ubezpieczenia, w tym ostatnio przebyte w Austrii, Liechtensteinie, Słowenii, Szwajcarii lub na Węgrzech albo mających wyłącznie polskie okresy ubezpieczenia, a zamieszkałych w jednym z wymienionych państw,
- **Oddział ZUS w Opolu** – Wydział Realizacji Umów Międzynarodowych – jest właściwy dla osób posiadających polskie i zagraniczne okresy ubezpieczenia, w tym ostatnio przebyte w Niemczech, albo mających wyłącznie polskie okresy ubezpieczenia, a zamieszkałych w Niemczech,
- **Oddział ZUS w Szczecinie** – Wydział Realizacji Umów Międzynarodowych – jest właściwy dla osób posiadających polskie i zagraniczne okresy ubezpieczenia (zamieszkania), w tym ostatnio przebyte w Danii, Estonii, Finlandii, Islandii, Norwegii lub w Szwecji oraz na Litwie i Łotwie, albo mających wyłącznie polskie okresy ubezpieczenia, a zamieszkałych w jednym z wymienionych państw,
- **I Oddział ZUS w Warszawie** – Wydział Realizacji Umów Międzynarodowych – jest właściwy dla osób posiadających polskie i zagraniczne okresy ubezpieczenia (zamieszkania), w tym ostatnio przebyte w Belgii, Bułgarii, Holandii, Irlandii, Luksemburgu, Rumunii, Wielkiej Brytanii lub we Francji, albo mających wyłącznie polskie okresy ubezpieczenia, a zamieszkałych w jednym z wymienionych państw.

Jednostki te biorą udział w unijnym postępowaniu w sprawach emerytalno-rentowych osób, które podlegały ubezpieczeniom społecznym w Polsce (w systemie ZUS) oraz w innych państwach członkowskich UE. Pełnią one też w sytuacjach określonych rozporządzeniem nr 987/2009 funkcję instytucji kontaktowej, która zapewnia koordynację postępowania, sporządza i doręcza osobom zainteresowa-

nym streszczenie decyzji (na formularzu P1, ustalonym przez Komisję Administracyjną), informując o wszystkich decyzjach podjętych przez instytucje ubezpieczeniowe wszystkich państw członkowskich, w których osoba zainteresowana podlegała ubezpieczeniom społecznym (posiadała okresy ubezpieczenia lub zamieszkania).

Właściwa jednostka ZUS (spośród wyżej wymienionych) pełni funkcję instytucji kontaktowej przede wszystkim w sytuacji, gdy osoba zainteresowana podlegała ubezpieczeniom społecznym, oprócz innych państw członkowskich, w Polsce oraz w chwili zgłaszania wniosku zamieszkuje w Polsce. To najczęstsza, ale nie jedyna sytuacja, w której ZUS koordynuje unijne postępowanie emerytalno-rentowe, toczące się, w ścisłej współpracy instytucji, równoległe w instytucjach różnych państw członkowskich.

W przypadku zakwestionowania decyzji emerytalnej wydanej przez jedną z wyżej wymienionych jednostek ZUS w trybie ponownego rozpatrzenia decyzji przewidzianym w rozporządzeniu UE, jednostki te stosują odpowiednie postanowienia ustawy emerytalnej i rozpatrują zgłoszony wniosek. Jeżeli osoba zainteresowana mieszka na stałe w innym państwie członkowskim, wniosek o ponowne rozpatrzenie decyzji ZUS może zgłosić nie tylko bezpośrednio w ZUS, ale również za pośrednictwem zagranicznej instytucji państwa zamieszkania, która przekaze go do ZUS, do rozpatrzenia zgodnie z właściwością.

Ocena regulacji unijnych

Instytucja ponownego rozpatrzenia decyzji ma na celu wzmocnienie sytuacji procesowej wnioskodawcy występującego o świadczenia emerytalno-rentowe podlegające koordynacji unijnej, czyli wnioskodawcy unijnego postępowania emerytalno-rentowego. Instytucja ta została stworzona z myślą o wnioskodawcach, którzy w toku postępowania, otrzymując kolejno decyzje w sprawach świadczeń emerytalno-rentowych, nie są w stanie ocenić ewentualnych błędów wynikających z interakcji między tymi decyzjami. Dopiero bowiem po otrzymaniu streszczenia decyzji, o którym mowa w rozporządzeniu, zawierającego zestawienie wszystkich decyzji emerytalno-rentowych wszystkich instytucji właściwych państw członkowskich, osoba zainteresowana może dokonać oceny swojej sytuacji prawnej i stwierdzić, że jej prawa nie zostały naruszone przez którąkolwiek z instytucji wydających decyzję.

Potencjalna interakcja decyzji związana jest z tym, że osoba zainteresowana migrowała uprzednio mię-

dzy państwami członkowskimi UE, przechodząc spod ustawodawstwa jednego państwa członkowskiego do innego. W konsekwencji jej uprawnienia emerytalno-rentowe oceniane są i ustalane równolegle przez instytucje właściwe w różnych państwach członkowskich. W efekcie takich ustaleń podejmowane są decyzje przez więcej niż jedną instytucję ubezpieczeniową. Osoba migrująca jest narażona na niewłaściwą ocenę swoich uprawnień emerytalno-rentowych przez instytucje poszczególnych państw. Podstawową kwestię stanowi ocena stażu emerytalno-rentowego przebytego we wszystkich państwach członkowskich. Ustalenie okresów ubezpieczenia lub zamieszkania, właściwe zastosowanie techniki sumowania okresów wynikającej z art. 6 rozporządzenia nr 883/2004, czy zasady zrównania okoliczności, przychodów i świadczeń, wynikającej z art. 5 tego rozporządzenia, czy innych postanowień rozporządzeń nr 883/2004 lub nr 987/2009, może w praktyce rodzić trudności, co potencjalnie może przełożyć się na błędną decyzję w sprawie świadczenia konkretnej osoby.

Gwarancje proceduralne przewidziane w rozporządzeniu nr 987/2009 wzmocniają pozycję osób migrujących i chronią je przed takimi decyzjami. Oprócz gwarancji ponownego rozpatrzenia przesunięty jest również w czasie początkowy termin liczenia okresu przewidzianego na zastosowanie tej instytucji do momentu otrzymania streszczenia wszystkich decyzji emerytalno-rentowych od instytucji kontaktowej. W przypadku, gdy ustawodawstwo wewnętrzne danego państwa członkowskiego przewiduje w ogóle termin na złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie decyzji, jego bieg nie może się rozpocząć wcześniej niż w terminie określonym w rozporządzeniu nr 987/2009, czyli od momentu otrzymania streszczenia decyzji przez zainteresowanego.

W praktyce zastosowanie omawianej instytucji może rodzić szereg wątpliwości w państwach członkowskich. Prawo do ponownego rozpatrzenia decyzji nie zostało samodzielnie uregulowane w rozporządzeniu nr 987/2009, lecz prawodawca unijny posłużył się częściowo odesłaniem do instytucji prawnych istniejących na gruncie krajowego ustawodawstwa poszczególnych państw.

Jak się wydaje, sytuację ułatwiłoby uregulowanie instytucji ponownego rozpatrzenia decyzji w sposób

kompleksowy i samoistny na gruncie rozporządzenia. Rozporządzenie unijne powinno określać zarówno tryb zgłaszania, jak i zasady rozpatrywania wniosku o ponowne rozpatrzenie decyzji. Nie wydaje się natomiast zasadne wprowadzanie w rozporządzeniu nr 987/2009 terminu na zgłoszenie takiego wniosku.

Wobec braku takich regulacji, kwestia dopasowania odpowiedniej instytucji prawnej prawa krajowego i jej zastosowania na gruncie rozporządzenia nr 987/2009 może skutkować powstaniem szeregu odmienności, biorąc pod uwagę również wpływ orzecznictwa sądów krajowych na kształt tej instytucji. Instytucja ta może zatem ewoluować w różnych kierunkach w różnych państwach członkowskich. Różnie mogą być interpretowane warunki zastosowania tej instytucji, jak również skutki prawne.

Jedną z takich wątpliwości jest na przykład to, czy można odrzucić z powodów formalnych wniosek o ponowne rozpatrzenie decyzji, jeżeli osoba zainteresowana nie powołuje się na negatywne skutki wynikające z interakcji decyzji podjętych przez właściwe instytucje emerytalno-rentowe państw członkowskich, lecz zarzuty formułuje jedynie w zakresie błędnego zastosowania ustawodawstwa krajowego przez instytucję właściwą danego państwa członkowskiego²⁵. Jak się wydaje, biorąc pod uwagę polskie ustawodawstwo, organ rentowy nie ma prawa odrzucać z przyczyn formalnych takiego wniosku, nawet jeśli podnoszone zarzuty wychodzą poza zakres przewidziany w rozporządzeniu nr 987/2009 i dotyczą wyłącznie zastosowania przez ZUS ustawodawstwa krajowego. Wówczas natomiast podstawą rozpatrzenia wniosku przez ZUS nie będzie art. 48 ust. 2 rozporządzenia, lecz odpowiednie postanowienia polskiej ustawy, w szczególności art. 114 ustawy emerytalnej, o ile mamy do czynienia z wnioskiem zgłaszanym po uprawomocnieniu decyzji ZUS.

Na gruncie starych rozporządzeń nr 1408/71 i nr 574/72 osoba zainteresowana również miała prawo do otrzymania zbiorczego zestawienia decyzji emerytalno-rentowych²⁶, które przesyłane było przez tak zwaną instytucję rozpatrującą²⁷ zarówno zainteresowanemu, jak i pozostałym instytucjom uczestniczącym w unijnym postępowaniu emerytalno-rentowym²⁸. Od momentu doręczenia tego streszczenia rozpoczynał się (ponownie) bieg krajowych termi-

²⁵ Na przykład w Polsce mogłoby to dotyczyć sytuacji, gdy zainteresowany nie zgadza się z decyzją wyłącznie w zakresie, w jakim organ rentowy odmówił uznania określonego dokumentu na potwierdzenie polskiego okresu składkowego lub nieskładkowego – w takim przypadku brak jest elementu interakcji między decyzją polskiej instytucji właściwej a decyzją zagranicznej instytucji, co mogłoby powodować wątpliwości odnośnie braku przesłanek formalnych do wystąpienia z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie decyzji, o którym mowa w art. 48 ust. 2 rozporządzenia nr 987/2009.

²⁶ Zbiorcze zestawienie decyzji wydawane na formularzu E211 wprowadzonym do stosowania na mocy decyzji Komisji Administracyjnej nr 204 z dnia 6 października 2005 r. w sprawie wzorów formularzy niezbędnych do stosowania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 oraz Rady (EWG) nr 574/72 (E 200 seria).

²⁷ Odpowiednik instytucji kontaktowej w rozumieniu rozporządzenia nr 987/2009.

²⁸ Na gruncie rozporządzenia nr 883/2004 i rozporządzenia nr 987/2009 instytucje inne niż kontaktowa są w postępowaniu informowane o wysłaniu streszczenia decyzji do osoby zainteresowanej.

nów na zaskarżenie poszczególnych decyzji. Mogło się zatem okazać, że osoba zainteresowana już wcześniej otrzymała decyzję od instytucji właściwej, a nawet już zaskarżyła ją do sądu, a następnie otrzymała tę samą decyzję w zbiorczym zestawieniu decyzji z ponowną możliwością jej zaskarżenia tymi samymi środkami zaskarżenia. W rozporządzeniu nr 987/2009 prawodawca unijny odszedł od tego typu rozwiązań, próbując wypracować samoistną instytucję, która jednakże częściowo posiłkuje się krajowymi instytucjami dotyczącymi ponownego rozpatrywania decyzji emerytalno-rentowych.

Należy pozytywnie ocenić instytucję ponownego rozpatrzenia decyzji, jako stanowiącą krok do pro-

du w ochronie praw osób migrujących w obrębie Unii Europejskiej, zastrzegając jednak, że jej faktyczne zastosowanie, biorąc pod uwagę częściowe odesłanie do regulacji krajowych państw członkowskich, zależeć będzie w dużej mierze od praktyki instytucji oraz sądów krajowych poszczególnych państw członkowskich. Można mieć również wątpliwości, czy instytucja ta nie będzie nadużywana i traktowana jako substytut odwołania od decyzji w sprawach związanych ze stosowaniem wyłącznie ustawodawstwa krajowego, bez żadnego kontekstu unijnego i bez istnienia jakiegokolwiek interakcji między instytucjami.

Czas pokaże, w jakim kierunku pójdzie praktyka w tym zakresie. ■

NA CZYM POLEGA KOORDYNACJA SYSTEMÓW ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO?

Przepisy dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego nie przewidują zastąpienia systemów krajowych jednym systemem europejskim. Wszystkie kraje mają swobodę decydowania o tym, kto ma być objęty ubezpieczeniem na podstawie ich ustawodawstwa, jakich udziela się świadczeń i na jakich warunkach. Wspólne przepisy UE mają na celu ochronę praw w zakresie zabezpieczenia społecznego za granicą. Zawierają reguły, dzięki którym osoby podejmujące pracę równocześnie lub kolejno w kilku państwach członkowskich, unikają negatywnych następstw podlegania systemom zabezpieczenia społecznego różnych państw. Zapewniają równe traktowanie każdego obywatela Unii i dają prawo do opieki lekarskiej, świadczeń chorobowych, rodzinnych, emerytur czy rent. Wskazują, w którym kraju osoba pracująca lub prowadząca działalność za granicą podlega ubezpieczeniom społecznym. Gwarantują, że świadczenia nabyte w jednym państwie, na przykład emerytura, będą wypłacane także, jeśli osoba uprawniona przeniesie się do innego państwa.

Przepisy wspólnotowe gwarantują, że stosowanie różnych praw krajowych nie będzie mieć niekorzystnych skutków dla osób korzystających z prawa do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium UE i EOG.

Podstawowe zasady koordynacji to:

- **równe traktowanie** – zasada ta zabezpiecza osoby przemieszczające się przed jakąkolwiek dyskryminacją bezpośrednią lub pośrednią przy stosowaniu przepisów z zakresu zabezpieczenia społecznego;
- **jedność stosowanego ustawodawstwa** – zasada ta zabezpiecza przed sytuacją, w której osoba wykonująca pracę w jednym lub kilku państwach nie jest objęta zabezpieczeniem społecznym w żadnym z nich lub jest nim objęta w kilku państwach jednocześnie;
- **zachowanie praw nabytych oraz w trakcie nabywania** – zasada ta zapewnia, że świadczenia przyznane w jednym z państw UE są przekazywane osobie uprawnionej niezależnie od jej miejsca zamieszkania,
- **sumowanie okresów ubezpieczenia** – zasada ta umożliwia uwzględnianie okresów ubezpieczenia, lub innych równorzędnych okresów, przebytych w kilku państwach UE przy ustalaniu prawa do świadczeń z zabezpieczenia społecznego.

Do kogo mają zastosowanie przepisy o koordynacji?

- Do obywateli UE, Islandii, Liechtensteinu, Norwegii lub Szwajcarii, którzy są lub byli ubezpieczeni w jednym z tych krajów, i do członków ich rodzin;
- Do bezpaństwowców lub uchodźców mieszkających w UE, Islandii, Liechtensteinie, Norwegii lub Szwajcarii, którzy są lub byli ubezpieczeni w jednym z tych krajów, i do członków ich rodzin;
- Do obywateli krajów nienależących do UE, legalnie mieszkających na terytorium UE, którzy przeprowadzają się między tymi krajami, i do członków ich rodzin.

Przepisy te dotyczą każdego, kto przemieszcza się po krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego, kto jest: pracownikiem zatrudnionym na umowę o pracę, umowę zlecenia lub agencyjną, przygranicznym, sezonowym; osobą prowadzącą działalność na własny rachunek; rolnikiem; emerytem lub rencistą; bezrobotnym; urzędnikiem; studentem; duchownym; funkcjonariuszem.

Źródło: <http://ec.europa.eu/social.main.jsp?catId=26&langId=pl> oraz www.codziennikprawny.pl/pytanie/269/931/na_czym_polega_koordynacja_systemow_zabezpieczenia_spolecznego

Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego – Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych I półrocze 2011 roku

**Uchwała składu 7 sędziów
z dnia 9 grudnia 2010 roku
sygn. akt II PZP 6/10**

W sprawach z zakresu prawa pracy związek zawodowy nie może wytoczyć powództwa na rzecz pracownika ani wstąpić do postępowania bez jego zgody (art. 462 w związku z art. 61 k.p.c.). Członkostwo w związku zawodowym lub podjęcie się przez ten związek obrony praw i interesów pracownika na jego wniosek (art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 23 maja 1991 roku o związkach zawodowych, tekst jednolity: Dz.U. z 2001 r. nr 79, poz. 854 ze zm.) oznacza zgodę pracownika, chyba że sprzeciwi się on czynnościom procesowym związku zawodowego.

W uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy w powiększonym składzie stwierdził, że art. 462 k.p.c., który stanowi, że w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych organizacje społeczne oraz inspektorzy pracy, w zakresie określonym w art. 61¹, mogą powodować wszczęcie postępowania na rzecz pracowników i ubezpieczonych, powinien być stosowany jednolicie. Przepisy te stanowią bowiem, że niektóre z wymienionych w przepisie art. 61 k.p.c. organizacji społecznych mogą działać bez zgody obywatela (§ 1 i § 2), inne – tylko za jego zgodą (§ 3-5). Sąd Najwyższy orzekł, że problem wymogu zgody pracownika powinien być jednakowo rozstrzygany w odniesieniu do wszystkich rodzajów roszczeń pracownika wobec pracodawcy, zarówno do prostych roszczeń pieniężnych (na przykład o wynagrodzenie), jak i do roszczeń przemianych przysługujących w razie wadliwego wypowiedzenia lub rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia przez pracodawcę. Udział pracownika jest także niezbędny, gdy chodzi o dochodzenie roszczeń związa-

nych z nierównym traktowaniem, dobrami osobistymi i mobingiem.

Zgoda pracownika, zarówno członka związku zawodowego, jak i pracownika niebędącego członkiem związku, na działanie na jego rzecz przez organizację społeczną, na podstawie art. 462 k.p.c. może być wyrażona wprost lub może być domniemana. Ta ogólna zgoda może być obalona przez oświadczenie pracownika wyrażające sprzeciw przeciwko czynnościom związku zawodowego w indywidualnej sprawie. Sprzeciw jest wyrazem wolności pracownika i nie wymaga uzasadnienia.

**Uchwała z dnia 11 stycznia 2011 roku
sygn. akt I UZP 4/10**

Prawo do ekwiwalentu pieniężnego z tytułu deputatu węglowego wypłacanego wraz z emeryturą kolejową (art. 74 ust. 1 ustawy z dnia 9 września 2000 roku o komercjalizacji, restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego Polskie Koleje Państwowe, Dz.U. nr 84, poz. 948, ze zm.) nie przysługuje w razie ponownego zatrudnienia w PKP.

**Uchwała składu 7 sędziów
z dnia 19 stycznia 2011 roku
sygn. akt I PZP 5/10**

Roszczenie o odszkodowanie z tytułu otrzymywania niższej emerytury wskutek wydania przez pracodawcę niewłaściwego świadectwa pracy oraz niewydania zaświadczenia o pracy górniczej przedawnia się na podstawie art. 291 § 1 k.p.

W uchwale tej powiększony skład Sądu Najwyższego rozstrzygnął, że roszczenie o odszkodowanie

z tytułu otrzymywania niższej emerytury w związku z wydaniem przez pracodawcę niewłaściwego świadectwa pracy oraz niewydania zaświadczenia o pracy górniczej przedawnia się na podstawie przepisów kodeksu pracy, a nie na podstawie przepisów kodeksu cywilnego.

W rozpatrywanej przez Sąd Najwyższy sprawie stan faktyczny był taki, że pracodawca w zaświadczeniu dla celów emerytalnych nie podał, że pracownik wykonywał pracę górniczą. Na podstawie tego zaświadczenia ZUS przyznał emeryturę. Następnie po przeprowadzonej weryfikacji (kilka lat po wydaniu zaświadczenia), pracodawca zmienił zaświadczenie i potwierdził, że pracownik wykonywał pracę górniczą. Na tej podstawie ZUS przyznał emeryturę górniczą i dokonał wyrównania świadczenia za trzy miesiące. Różnica między emeryturą górniczą a poprzednio pobieraną, za cały okres (ponad 9 lat) wyniosła kilkadziesiąt tysięcy złotych. Pracownik wystąpił więc o odszkodowanie. Orzekające w sprawie zarówno sąd rejonowy, jak i sąd okręgowy były zdania, że skoro roszczenie o odszkodowanie ma za podstawę normy prawa cywilnego, to i przedawnienie należy oceniać według tych samych reguł, to jest według kodeksu cywilnego.

W ocenie powiększonego składu Sądu Najwyższego takie stanowisko nie jest trafne. Obowiązki pracodawcy w zakresie gromadzenia dokumentacji pracowniczej i wydawania świadectw pracy określa generalnie art. 97 k.p. Pracodawca posiada wiedzę o pracy w warunkach szczególnych lub szczególnym charakterze (to jest informacje o pracy górniczej czy na kolei). Do obowiązków pracodawcy należy wydanie takiego zaświadczenia. Obowiązek ten wynika ze stosunku pracy i ma charakter obligacyjny. Wprawdzie z art. 125 ust. 1 pkt 2 ustawy o emeryturach i rentach z FUS wynika również obowiązek płatnika wydawania pracownikowi lub organowi rentowemu zaświadczeń niezbędnych do ustalenia prawa do świadczeń i ich wysokości, to obowiązek ten nie jest opatrzonej przez ustawodawcę żadną sankcją. Natomiast pracownik dysponuje nie tylko roszczeniem o realizację obowiązku wydania zaświadczenia, ale także roszczeniem odszkodowawczym wskutek jego niewykonania. Analogicznego roszczenia odszkodowawczego nie można wyprowadzić ani z przepisów ustawy emerytalnej, ani z innych przepisów ubezpieczeń społecznych. Nie ma podstaw, aby sięgać do innych norm, na przykład prawa cywilnego, dla ustanowienia takiej odpowiedzialności. Podstawy odpowiedzialności należy szukać w stosunku podstawowym, istniejącym między ubezpieczonym a płatnikiem. W tej konkretnej sprawie jest to stosunek pracy.

Po przeprowadzonej analizie dotychczasowego orzecznictwa Sądu Najwyższego, literatury komentarzowej do kodeksu pracy i piśmiennictwa po-

większony skład Sądu Najwyższego orzekł, że nie jest możliwe stosowanie przepisów kodeksu cywilnego o przedawnieniu (art. 117 i następne z terminem dziesięcioletnim) dla przedawnienia roszczeń z tytułu niewykonania zobowiązania ze stosunku pracy.

Uchwała z dnia 20 stycznia 2011 roku sygn. akt III UZP 2/10

W razie zbiegu prawa do emerytury, przyznanej na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 153 poz. 1227 ze zm.), i renty, przyznanej przez Prezesa Rady Ministrów w trybie art. 82 ust. 1 tej ustawy, kwotę wolną od egzekucji i potrąceń należy ustalać oddzielnie dla każdego z tych świadczeń.

Uchwała tej treści została podjęta po rozpatrzeniu przez Sąd Najwyższy zagadnienia prawnego dotyczącego sposobu ustalania kwoty wolnej od egzekucji i potrąceń w przypadku zbiegu u jednej osoby prawa do emerytury przyznanej na zasadach ogólnych oraz renty przyznanej w trybie art. 82 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z FUS, to jest, czy kwota ta powinna być ustalana od jednego, wyższego świadczenia, czy od sumy świadczeń, czy też oddzielnie dla każdego z tych świadczeń.

Stan prawny rozpatrywany przez Sąd Najwyższy był taki, że jednej osobie przysługiwały dwa świadczenia pieniężne wypłacane przez ZUS – emerytura wcześniejsza, przyznana na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 ustawy o emeryturach i rentach z FUS oraz renta wyjątkowa przyznana przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie art. 82 ust. 1 tej ustawy. Przyznając rentę wyjątkową, Prezes Rady Ministrów zastrzegł, że będzie ona wypłacana niezależnie od innych świadczeń z ubezpieczenia społecznego i będzie podlegała waloryzacji na ogólnie obowiązujących zasadach. ZUS na podstawie art. 139 ust. 1 pkt 5 i art. 141 ust. 1 pkt 3 ustawy o emeryturach i rentach z FUS dokonywał od sumy tych świadczeń potrąceń: zaliczki na podatek dochodowy, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz egzekucyjnych, zgodnie z zajęciami dokonanymi przez komornika sądowego.

Zainteresowany uznał, że taki sposób dokonywania potrąceń nie jest właściwy. Jego zdaniem możliwe jest prowadzenie egzekucji tylko ze świadczenia wyższego (w tym przypadku z renty) i to tylko do wysokości kwoty wolnej od egzekucji i potrąceń ustalonej dla tego świadczenia.

W uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy stwierdził, że emerytura lub renta przyznana przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie art. 82 ustawy posiada byt samoistny i z emeryturą ubezpieczenio-

wą nie pozostaje w żadnym związku normatywnym. Wskazują na to takie okoliczności, jak uznaniowość organu decyzyjnego (Prezesa Rady Ministrów), sposób finansowania – jest finansowana ze środków budżetu Państwa, a nie z FUS, nie ma charakteru roszczeniowego, nie wchodzi w skład instytucji zabezpieczenia społecznego objętych systemem ubezpieczeń społecznych. Umiejscowienie postanowień dotyczących przyznania świadczenia z art. 82 ust. 1 w Dziale VI ustawy o emeryturach i rentach z FUS uznać należy za zabieg techniczno-legislacyjny, niemający bezpośredniego i merytorycznego wpływu na treść zawartych w akcie postanowień.

Z tych powodów omawiane świadczenia należy poddać egzekucji osobno. Oznacza to, że dla emerytury wcześniejszej należy ustalić kwotę wolną od potrąceń według zasad wynikających z art. 140 i 141 ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Natomiast jeżeli chodzi o egzekucję z renty przyznanej przez Prezesa Rady Ministrów, należy zastosować przepisy kodeksu pracy odnoszące się do egzekucji z wynagrodzenia za pracę.

Uchwała z dnia 2 lutego 2011 roku sygn. akt I UZP 5/10

Koszty symbolicznego upamiętnienia osoby zmarłej, która w pisemnym oświadczeniu wyraziła wolę przekazania swoich zwłok publicznej uczelni medycznej do celów naukowych, są kosztami pogrzebu w rozumieniu art. 78 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 153, poz. 1227 ze zm.) i uzasadniają roszczenie o zasiłek pogrzebowy, o którym mowa w art. 77 ust. 1 tej ustawy.

Uchwała powyższa została podjęta po rozpatrzeniu przez Sąd Najwyższy zagadnienia prawnego budzącego poważne wątpliwości. Mianowicie sąd II instancji powziął wątpliwości, czy uprawnionym podmiotom przysługuje prawo do zasiłku pogrzebowego w razie śmierci osoby pobierającej emeryturę, jeżeli podczas uroczystości pogrzebowych w obrządku religijnym pochowano wyłącznie pukiel włosów zmarłego i jego rzeczy osobiste.

Stan faktyczny w tej sprawie był taki, że ciało zmarłej osoby, zgodnie z jej wolą wyrażoną na piśmie i poświadczoną przez notariusza, zostało po śmierci przekazane placówce naukowej do celów badawczych. Na prośbę żony zmarłego placówka naukowa przekazała jej pukiel włosów zmarłego. Pukiel włosów i rzeczy osobiste zmarłego, po religijnych uroczystościach pogrzebowych, zostały złożone w urnie do grobu. A zainteresowana wystąpiła o zasiłek pogrzebowy. Organ rentowy odmówił wypłaty, motywując to tym, że zasiłek pogrzebowy nie przysługuje w sytuacji, gdy pogrzeb ma formę symboliczną nie zaś zwyczajowo przyjętą, gdy odbywa

się pochówek zwłok. Organ rentowy stał na stanowisku, że nie może być mowy o pochówku zmarłego, którego zwłoki przekazano do badań placówce naukowej. Skoro więc nie pochowano zwłok zmarłego, nie zostały spełnione przesłanki z art. 78 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

Sąd Najwyższy stwierdził, że w świetle przepisów art. 77-81 ustawy o emeryturach i rentach z FUS zasiłek pogrzebowy jest jednorazowym świadczeniem przysługującym w razie ziszczenia się ryzyka śmierci i związanej z nią koniecznością poniesienia kosztów pogrzebu. Z punktu widzenia ryzyka socjalnego zasiłek pogrzebowy służy ochronie ryzyka poniesienia kosztów pogrzebu. Przy czym nie są to koszty związane wyłącznie z wąsko rozumianym pochówkiem, to jest ze złożeniem zwłok czy szczątków ludzkich do grobu. Na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 23, poz. 295 ze zm.) i przepisów rozporządzeń wydanych na podstawie tej ustawy, włosy mogą być traktowane jak szczątki ludzkie, pod warunkiem że osoba, od której pochodzą, zmarła i zostało to stwierdzone we właściwy sposób. Jest więc możliwy pogrzeb („pochówek” w rozumieniu ustawy o cmentarzach) części ciała odłączonej od całości, pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia stwierdzającego jego pochodzenie. Jednocześnie w obowiązujących przepisach, zdaniem Sądu Najwyższego, nie brak przesłanek, które pozwalałyby uznać za dopuszczalne przeprowadzenie tak zwanego pogrzebu symbolicznego. Dotyczy to uregulowanych prawnie takich sytuacji jak wydanie orzeczenia o uznaniu za zmarłego lub stwierdzenie zgonu (art. 526 i nast. k.p.c.) mimo braku ciała, a zasadne jest przeprowadzenie uroczystości żegnających i upamiętniających zmarłego. Tę samą regułę powinno się stosować w przypadku przekazania zwłok na cele naukowe. Nie należy więc utożsamiać pogrzebu wyłącznie z aktem złożenia ciała albo szczątków do grobu. Należy uwzględnić, że pogrzeb to zwyczajowo przyjęte w kulturze obrzędy związane ze śmiercią i pożegnaniem osoby zmarłej. Przyjąć zatem należy, iż koszty symbolicznego upamiętnienia osoby zmarłej, która w pisemnym oświadczeniu wyraziła wolę przekazania swoich zwłok publicznej uczelni medycznej do celów naukowych, są kosztami pogrzebu w rozumieniu art. 78 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS i uzasadniają roszczenie o zasiłek pogrzebowy, o którym mowa w art. 77 ust. 1 tej ustawy.

Postanowienie z dnia 4 lutego 2011 roku sygn. akt II UZP 1/11

Po rozpoznaniu zagadnienia prawnego:

- *Czy przepisy art. 34 ust. 3 w zw. z art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu*

społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 167, poz. 1322 ze zm.) posługując się pojęciem „danych” lub „nieprawdziwych danych”, odnoszą się również do błędnie ustalonej przez płatnika składek stopy procentowej?

- Czy w odniesieniu do art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych za „nieprawidłowe określenie grupy działalności” można uznać nie tylko podanie stopy procentowej spoza zakresu określonego w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 29 listopada 2002 roku w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków (Dz.U. nr 200, poz. 1692 ze zm.)?
- Czy przestanką wydania decyzji w przedmiocie wymierzenia płatnikowi składek sankcji w postaci ustalenia stopy procentowej składki na cały rok składkowy w wysokości 150 procent stopy procentowej ustalonej na podstawie prawidłowych danych jest wina płatnika, a jeśli tak – czy konieczna jest w tym względzie jedynie umyślność?

Sąd Najwyższy postanowił odmówić podjęcia uchwały.

Stan faktyczny w tej sprawie był taki, że ZUS, na podstawie art. 34 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 167, poz. 1322 ze zm.) podwyższył o 50 procent obowiązującą płatnika stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe. Płatnik składek nie zaskarżył tej decyzji, ale wystąpił o wydanie pisemnej interpretacji dotyczącej ustalania składki na ubezpieczenie wypadkowe. W uzasadnieniu wniosku o wydanie interpretacji przepisów płatnik składek przedstawił swoje stanowisko, wyjaśniając, że stałą obsługę w zakresie naliczania składek na ubezpieczenia społeczne zapewnia profesjonalne biuro rachunkowe, a błąd w ustaleniu stopy procentowej nastąpił w momencie aktualizacji programu płacowego, kiedy nieprawidłowo zostały przeniesione dane do programu Płatnik. ZUS nie podzielił tego stanowiska. Sprawa trafiła do sądu i w wyniku powstających wątpliwości Sąd Apelacyjny przedstawił do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu zagadnienie prawne.

Sąd Najwyższy podkreślił, że instytucja przedstawiania do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu zagadnienia prawnego, budzącego poważne wątpliwości, przez sąd rozpoznający sprawę jest wyjątkiem od konstytucyjnej zasady podległości sędziego tylko Konstytucji i ustawom oraz reguły samodzielnego rozstrzygnięcia sprawy przez sąd właściwy. Instytucja ta prowadzi bowiem do związania, w danej sprawie, sądów niższej instancji, poglądem Sądu

Najwyższego zawartym w uchwale. Ze względu na tę wyjątkowość zagadnienie prawne, kierowane do Sądu Najwyższego, stanowiące przedmiot pytania, musi odpowiadać określonym wymaganiom.

Po pierwsze: musi być sformułowane na podstawie okoliczności mieszczących się w stanie faktycznym sprawy i wynikającym z dokonanych przez sąd ustaleń.

Po drugie: musi być przedstawione w sposób ogólny i abstrakcyjny, tak by umożliwić Sądowi Najwyższemu udzielenie uniwersalnej odpowiedzi, a nie tylko rozstrzygnięcie konkretnego sporu.

Po trzecie: musi pozostawać w związku z rozpoznawaną sprawą tak, by udzielenie odpowiedzi na postawione pytanie ułatwiło sądowi odwoławczemu podjęcie decyzji jurysdykcyjnej co do istoty sprawy.

Po czwarte: musi dotyczyć zagadnienia budzącego rzeczywiście poważne wątpliwości, gdyż wątpliwości zwykłe (pierwszego stopnia), sąd drugiej instancji ma obowiązek rozwiązać we własnym zakresie.

Ponadto instytucja zagadnień prawnych służy rozstrzyganiu wątpliwości o charakterze jurysdykcyjnym, a nie wspieraniu sądu orzekającego w dokonywaniu ustaleń. Zagadnienie prawne przedstawione Sądowi Najwyższemu nie może sprowadzać się do pytania o sam sposób rozwiązania konkretnej sprawy.

Zgłoszone przez Sąd Apelacyjny wątpliwości dotyczące interpretacji przepisów art. 34 ust. 3 w związku z ust. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych, w granicach zakreślonych przedmiotem sprawy i jej stanem faktycznym, nie mają kwalifikowanego charakteru, a ich wyjaśnienie mieści się w ramach zwykłej wykładni prawa. Z tych przyczyn Sąd Najwyższy postanowił odmówić rozstrzygnięcia przedstawionego zagadnienia prawnego.

**Uchwała z dnia 3 marca 2011 roku
sygn. akt II UZP 2/11**

Za każdy rok pełnienia służby w latach 1944-1990 w organach bezpieczeństwa państwa, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 roku o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 2007 r. nr 63, poz. 425 ze zm.), emerytura wynosi 0,7 procent podstawy jej wymiaru, art. 15b ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 18 lutego 1994 roku o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (tekst jednolity: Dz.U. z 2004 r. nr 8, poz. 67 ze zm.),

co oznacza, że wysokość emerytury wyliczanej wyłącznie za okresy pełnienia takiej służby może być niższa od 40 procent podstawy wymiaru tego świadczenia.

W uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy stwierdził między innymi, że przepisy ustawy z dnia 18 lutego 1994 roku o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy, nie dają osobom pełniącym w latach 1944-1990 służbę w organach bezpieczeństwa państwa, o których mowa w ustawie z dnia 18 października 2006 roku o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (tekst jednolity: Dz.U. z 2007 r. nr 63, poz. 425 ze zm.), możliwości prawnych ani argumentów prawnych lub prawniczych do domagania się ustalenia wysokości należnych im emerytur z zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszy od innej podstawy wymiaru niż 0,7 procent za każdy rok pełnienia służby w wymienionych w ustawie organach bezpieczeństwa państwa. Analizowane przepisy są jednoznacznie czytelne. Wszakże z powodu znacznej liczby adresatów poddanych tej regulacji prawnej, którym wskutek zastosowania tych przepisów organy emerytalne skorygowały (obniżyły) w istotny sposób wysokość pobieranych emerytur z zaopatrzenia służb mundurowych, Sąd Najwyższy uznał, że niezbędne jest rozstrzygnięcie w drodze uchwały przedstawionego przez Sąd Apelacyjny zagadnienia prawnego.

Sąd Najwyższy stanowczo podkreślił, że celem poddanych analizie przepisów, nie było pozbawienie zaopatrzeniowych praw nabytych, z tytułu służby w latach 1944-1990 w totalitarnych organach bezpieczeństwa PRL, przez emerytów korzystających z zaopatrzenia emerytalnego, ale zgodnie z konstytucyjnymi zasadami sprawiedliwości społecznej oraz zwykłą przyzwoitością, dostosowanie wysokości świadczeń z zaopatrzenia emerytalnego funkcjonariuszy służb mundurowych – tylko za okresy służby polegającej na sprzeniewierzeniu się wartościom niepodległościowym, wolnościowym i demokratycznym – do poziomu świadczeń nabywanych z powszechnego systemu emerytalnego, bez dalszej możliwości korzystania z przywilejów niesłusznie lub niegodziwie nabytych.

Zaliczenie tych okresów do wysługi emerytalnej funkcjonariuszy służb mundurowych i przyznanie im po 0,7 procent podstawy wymiaru emerytury obliczanej od uposażenia na ostatnio zajmowanym stanowisku służbowym (z reguły jest to najwyższe miesięczne uposażenie), w żaden sposób nie dyskryminuje tych osób. Przeciwnie, jest co najmniej porównywalne, a nawet korzystniejsze od nabywania świadczeń z powszechnego systemu ubezpieczeń, ponieważ w systemie powszechnym podstawę wymiaru świadczeń ustala się z okresu kolejnych 10 lat kalendarzowych z ostatnich 20 lat kalendarzowych albo z 20 lat kalendarzowych wybranych z całego

okresu ubezpieczenia, poprzedzających bezpośrednio rok zgłoszenia wniosku o świadczenie. W tym kontekście art. 15b ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy służb mundurowych nie stanowi jakiegokolwiek naruszenia powszechnej zasady równości lub proporcjonalności świadczeń uzyskiwanych z zaopatrzenia emerytalnego służb mundurowych przez osoby pełniące służbę w organach bezpieczeństwa totalitarnego państwa w porównaniu do standardów świadczeń uzyskiwanych z powszechnego systemu ubezpieczenia społecznego. Warto zwrócić uwagę na mniej korzystne uregulowania uprawnień emerytalno-rentowych ofiar systemu represji politycznych stosowanych przez organy bezpieczeństwa państwa totalitarnego. Osobom tym okresy uwięzienia z przyczyn politycznych uwzględnia się jako składkowe okresy ubezpieczenia, ale z „zerową” podstawą wymiaru świadczeń (wobec nieuzyskiwania dochodu), podczas gdy osobom stosującym represje przysługuje współczynnik 0,7 procent podstawy wymiaru (z reguły najwyższego wynagrodzenia).

Z tytułu świadomego i dobrowolnego udziału w służbach bezpieczeństwa państwa o strukturze komunistyczno-totalitarnej wykluczone jest nabywanie lub utrzymywanie przez osoby uczestniczące w tym systemie represji politycznych jedynie przywilejów zaopatrzeniowych z tytułu służby państwowej, która z natury i istoty jej pełnienia powinna służyć przestrzeganiu praw człowieka i swobód obywatelskich, a nie zwalczaniu tych elementarnych wartości. Dopuszczenie do dalszego pełnienia służby publicznej w organach bezpieczeństwa demokratycznego państwa prawnego po roku 1990 nie jest równoznaczne z rehabilitacją za okresy niegodnej służby w strukturach organów bezpieczeństwa państwa totalitarnego. Państwo demokratyczne nie ma obowiązku ani prawa do utrzymywania przywilejów z tytułu bezprawnego zniewalania praw i swobód obywatelskich przez służby bezpieczeństwa totalitarnego bezprawia państwowego. Dopuszczenie do dalszej służby w warunkach demokratycznego państwa po tak zwanym pozytywnym zweryfikowaniu przydatności do służby nie zmienia oceny wcześniejszej służby w organach państwa totalitarnego. Nie może też być podstawą do dalszego utrzymywania przywilejów uzyskanych z tytułu tej służby. Sąd Najwyższy jednoznacznie krytycznie ocenia i dyskwalifikuje powoływanie się na zasadę praw nabytych. Powoływanie się na tę zasadę w istocie zmierza do utrzymywania przywilejów niesłusznie nabytych i nie stanowi prawnej ani etycznie-moralnej podstawy do kontestowania zgodnej z Konstytucją RP legalności zmian ustawodawczych zmierzających do zrównania uprawnień zaopatrzeniowych byłych funkcjonariuszy służb bezpieczeństwa – co istotne tylko za okresy tej służby – do standardów i poziomu powszechnych uprawnień emerytalnych ogółu ubez-

pieczonych obywateli. Takie przywileje nie podlegają ochronie nie tylko w demokratycznym porządku prawa krajowego, ale i wspólnotowego oraz międzynarodowego.

**Postanowienie z dnia 3 marca 2011 roku
sygn. akt II UZP 8/10**

Po rozpoznaniu zagadnienia prawnego:

Czy niepubliczna uczelnia, działająca na podstawie ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. nr 164, poz. 1365 ze zm.), jest przedsiębiorcą w rozumieniu art. 4 ust. 1 w związku z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity: Dz.U. z 2007 r. nr 155, poz. 1095 ze zm.)?

Sąd Najwyższy postanowił odmówić podjęcia uchwały.

**Uchwała składu 7 sędziów
z dnia 23 marca 2011 roku
sygn. akt I UZP 3/10**

Od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (organu rentowego) wydanej na podstawie art. 83a ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.) w przedmiocie nieważności decyzji przysługuje odwołanie do właściwego sądu pracy i ubezpieczeń społecznych.

Sąd Najwyższy postanowił nadać uchwale moc zasady prawnej.

Powyższa uchwała powiększonego składu Sądu Najwyższego została wydana, po rozpatrzeniu dopuszczalności drogi sądowej przed sądem powszechnym, w sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego wydanej w przedmiocie nieważności decyzji tego organu. Rozpatrywane zagadnienie prawne wyłoniło się podczas rozpoznawania przez Sąd Najwyższy skargi kasacyjnej o wznowienie postępowania w sprawie wymiaru składek na ubezpieczenia zdrowotne. Sąd Najwyższy stwierdził, że przed rozpoznaniem skargi kasacyjnej należy rozstrzygnąć problem niejednolitej wykładni art. 83a ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, w kontekście dopuszczalności drogi sądowej przed sądem powszechnym (sądem ubezpieczeń społecznych) w sprawie odwołania od decyzji organu rentowego wydanej w przedmiocie stwierdzenia nieważności decyzji uprzednio wydanej przez ten organ. Powołany przepis ma zastosowanie także w sprawach o pobór składek na ubezpieczenie zdrowotne. Ponadto w myśl art. 476 par. 2 k.p.c. – sprawami z zakresu ubezpieczeń społecznych są sprawy, w których wniesiono odwołanie od decyzji organów rentowych dotyczących nie tylko ubezpieczeń społecznych, lecz także innych świadczeń należących do właściwości ZUS (art. 476 par. 2 pkt 1 k.p.c.). Ubezpieczony to nie tylko osoba ubiegająca się o ustalenie istnienia bądź nieistnienia obowiązku ubezpieczenia i jego zakresu,

ale także wymiaru składki z tego tytułu. Ubezpieczenie zdrowotne wprawdzie nie jest objęte katalogiem ubezpieczeń społecznych w art. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, to jednak w orzecznictwie Sądu Najwyższego uznaje się je za rodzaj ubezpieczenia społecznego.

Dokonana przez powiększony skład Sądu Najwyższego analiza systemu prawnego postępowania w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie uzasadnia tezy, że postępowanie odwoławcze od decyzji ZUS wydawanych na podstawie art. 83a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jest tak odmienne od zwykłego postępowania odwoławczego w tych sprawach, że zachodzi potrzeba wyłączenia drogi sądowej przed sądami ubezpieczeń społecznych. Zasada nieorzekania o nieważności decyzji w zwykłym postępowaniu odwoławczym podlega modyfikacji w sprawach, w których bezpośrednim przedmiotem jest unieważnienie decyzji.

Konstytucja RP powierza sądom powszechnym sprawowanie wymiaru sprawiedliwości „we wszystkich sprawach z wyjątkiem spraw ustawowo zastrzeżonych dla właściwości innych sądów”. Właściwość sądów ubezpieczeń społecznych w sprawach odwołań od decyzji ZUS w indywidualnych sprawach ubezpieczeń społecznych odpowiada ustawowo ukształtowanym zasadom trybu odwoławczego w tych sprawach. Wyjątki są ściśle określone. Rozszerzenie, w drodze wykładni, właściwości sądów administracyjnych, i powierzenie im rozpatrywania odwołań od omawianych spraw, byłoby niezgodne z Konstytucją RP.

**Uchwała z dnia 24 marca 2011 roku
sygn. akt I UZP 2/11**

Brak orzeczenia organu odwoławczego o odpowiedzialności organu rentowego za nieustalenie ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji, o którym mowa w art. 118 ust. 1a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, nie pozbawia ubezpieczonego prawa do odsetek za opóźnienie w wypłacie świadczenia.

**Uchwała składu 7 sędziów
z dnia 18 maja 2011 roku
sygn. akt I UZP 1/11**

Okresy bezpłatnego urlopu dla matek pracujących, opiekujących się małymi dziećmi, a następnie urlopu wychowawczego – wykorzystane przed dniem 1 stycznia 1999 roku – są od dnia 28 stycznia 1972 roku okresem podlegania ubezpieczeniu społecznemu z tytułu pozostawania w stosunku pracy w rozumieniu art. 29 ust. 3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. ■

Opracowała
Jadwiga Pawłowska-Chłystowska

Przegląd wydarzeń w kraju i na świecie

W KRAJU

Mężczyźni więcej pracują zawodowo, a kobiety w domu

Mężczyźni pracują dłużej – średnio o 4,5 godziny tygodniowo – i zarabiają o 23 procent więcej niż kobiety. Natomiast kobiety przeznaczają na prace domowe o 8 godzin tygodniowo więcej niż mężczyźni – wynika z badań Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.

Mężczyźni częściej i dłużej pracują po godzinach niż kobiety. Kobiety zaś mają mniejsze szanse na karierę zawodową i wysokie zarobki, są też w większym stopniu zagrożone bezrobociem; nie chroni ich przed tym nawet wykształcenie. Wynika to z danych GUS, zgodnie z którymi bezrobotne kobiety są lepiej wykształcone od bezrobotnych mężczyzn. Z danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wynika, że mężczyźni pracowali w 2009 roku średnio 41,6 godziny tygodniowo, a kobiety 37,1 godzin. Panowie zostają w pracy dłużej, gdyż z jednej strony chcą wzmocnić swą pozycję w firmie, a z drugiej zarobić dodatkowe pieniądze. Kobiety są natomiast bardziej obciążone obowiązkami domowymi. Na prace domowe przeznaczają one średnio 20,4 godziny w tygodniu, o 8 godzin więcej niż mężczyźni.

Choć większość współczesnych kobiet pracuje zawodowo, nadal ich praca ma mniejszą wartość niż mężczyzn. Jest postrzegana w kategoriach uzupełnienia budżetu rodziny, finansowania własnych wydatków, samorealizacji, potrzeby wyjścia do ludzi, czynnika motywującego, aby o siebie zadbać czy też źródła prestiżu, ucieczki od etykiety kury domowej.

W maju spadło bezrobocie

Szacunkowa stopa bezrobocia w maju wyniosła 12,2 proc., co oznacza, że w porównaniu z kwietniem spadła o 0,4 pkt procentowego.

W tym miesiącu było zarejestrowanych 1 mln 963 tys. 900 bezrobotnych. Pracodawcy zgłosili 75,7 tys. wolnych miejsc pracy i miejsc aktywizacji zawodowej. Spadek bezrobocia odnotowano we wszystkich województwach i, podobnie jak w kwietniu, największy wystąpił w województwie warmińsko-mazurskim, najniższy zaś w województwie mazowieckim.

Maj jest trzecim miesiącem tego roku, w którym odnotowano znaczny spadek liczby bezrobotnych. Bezrobotni podejmowali pracę na przykład przy zbiorach truskawek. Pełnia sezonu sprzyja również zwiększonemu zatrudnieniu w budownictwie, leśnictwie i rolnictwie.

Rolnicy bez ubezpieczenia zdrowotnego

Rząd nie kontynuuje prac nad prawnym uregulowaniem ubezpieczeń dla rolników. Z tego powodu prawie 1,6 mln osób należących do KRUS może być zmuszonych do płacenia za leczenie w przychodniach i szpitalach z własnej kieszeni.

Wszystko to z powodu wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 26 października 2010 roku, w którym uznał on, że obecny sposób finansowania składek rolników – płaci je budżet bez względu na dochód rolnika – jest sprzeczny z ustawą zasadniczą. Trybunał dał rządowi piętnaście miesięcy na ustawowe załatwienie sprawy, a termin zaczął biec wraz z opublikowaniem wyroku w Dzienniku Ustaw, co miało miejsce 3 listopada. Jeśli rząd nie wprowadzi ustawowych zmian do 2 lutego 2012 roku, rolnicy stracą w przyszłym roku ubezpieczenie w NFZ.

Choć wydaje się, że do 2 lutego jest jeszcze sporo czasu, to w praktyce w tym roku nie uda się już zmian w prawie przeprowadzić. Na jesieni będą wybory, a sprawa powiązania wysokości składki do NFZ z miernikiem zamożności rolników jest kontrowersyjna: otwiera drogę do podwyższenia składek nie tylko do NFZ, ale także na renty i emerytury w KRUS.

Zostaje więc scenariusz awaryjny. Po wyborach nowy rząd i sejm w ekspresowym tempie dwóch miesięcy muszą przeprowadzić systemową reformę.

Budowlaniec i lekarz to najbardziej poszukiwane zawody w Polsce

Aż trzy czwarte pracodawców nie mogło w zeszłym roku znaleźć odpowiednich pracowników z powodu braku doświadczenia, nieumiejętności współpracy lub nie tej płci poszukujących pracy.

W ostatnim kwartale 2010 roku poszukiwano w całej Polsce ponad 120 tys. pracowników budowlanych. Brakowało też lekarzy i pielęgniarek – było ich aż o 100 tys. za mało. Trzeci najbardziej pożądany fach to kierowca i operator pojazdów – brakowało ich aż 94 tys. Dla pracodawcy oznacza to albo konieczność przyjęcia kogoś o niższych kwalifikacjach, albo utrudnienia w pracy firmy pozbawionej odpowiedniego pracownika. To wszystko w czasach dwunastoprocentowego bezrobocia.

W badaniu przeprowadzonym przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości wspólnie z Uniwersytetem Jagiellońskim wzięło udział między innymi 16 tys. pracodawców, 17,9 tys. osób w wieku produkcyjnym, 8 tys. bezrobotnych, ponad 35,7 tys. uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych i 33 tys. studentów. Aż cztery na dziesięć firm szukało wykwalifikowanych robotników,

28 procent firm potrzebowało specjalistów, to jest finansistów, lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów, fizyków, matematyków, techników, a także informatyków, nauczycieli, zwłaszcza lektorów angielskiego i wychowawców przed-szkolnych. Pilnie poszukiwani byli też inżynierowie.

Niestety, są też zawody, których przedstawicieli jest w Polsce za dużo. Najrzadziej szukano pracowników niewykwalifikowanych oraz kierowników. Nie potrzeba nam też tak wielu sprzedawców (za dużo o 6 procent w stosunku do potrzeb rynku), robotników i pomocników (o 5 procent) i pracowników biurowych, na przykład sekretarek (o 5 procent).

Wolno rosną pensje i inflacja

W maju inflacja wzrosła do nienotowanego od dekady poziomu 5 procent. To dwa razy więcej niż wynosi cel inflacyjny Rady Polityki Pieniężnej. Ta jednak nie skłania się do podwyżki stóp procentowych.

Tym razem tempo wzrostu płac i zatrudnienia okazało się niższe od oczekiwań. Średnia pensja w sektorze przedsiębiorstw (nie uwzględnia najmniejszych firm, budżetówki i sektora finansowego) wyniosła w maju 3484 zł. To o 4,1 proc. więcej niż w maju 2010 roku. Nie dość, że kwietniowy wzrost pensji o 5,9 procent okazał się jednorazowym skokiem spowodowanym wypłatą dodatkowych świadczeń, to jeszcze cały majowy wzrost płac został pożarty przez inflację. Wniosek z tego taki, że jeśli nasze pensje rosną słabiej, to mniejsze jest prawdopodobieństwo, że inflacja utrzyma się na wysokim poziomie.

Na domiar złego firmy przestały zatrudniać nowych pracowników. Liczba pracujących w sektorze przedsiębiorstw wyniosła 5 mln 513,5 tys. osób, czyli o 400 etatów mniej niż w kwietniu. W ujęciu rocznym było o 3,6 procenta większe niż w maju 2010 roku. To wynik gorszy niż miesiąc wcześniej – wówczas dynamika wyniosła 3,9 procenta.

NA ŚWIECIE

Czeska reforma emerytalna odrzucona

Czeski senat odrzucił projekt zmian w systemie emerytalnym. Opozycji nie podobał się przede wszystkim pomysł stopniowego podwyższania wieku emerytalnego bez określenia maksymalnej jego granicy. Senatorzy zaproponowali inny system naliczania świadczeń, który będzie korzystniejszy dla osób o średnich dochodach.

Projektem ponownie ma się zająć Izba Poselska. Uchwalony w połowie maja przez niższą izbę czeskiego parlamentu projekt tak zwanej małej reformy emerytalnej, oprócz podwyższania wieku emerytalnego, bez określenia górnej granicy, miał z założenia bardziej sprawiedliwie rekompensować wkład płatnika w system emerytalny i podnieść podstawę, od której naliczane będą

emerytury. Określanie wymiaru podstawy miało być powiązane z wysokością średniej pensji krajowej.

Powodem zmiany systemu emerytalnego było orzeczenie czeskiego Trybunału Konstytucyjnego. W kwietniu 2010 roku zakwestionował on obecną metodę wyliczania emerytur. Trybunał wskazał, że przy jej zastosowaniu nie bierze się pod uwagę wysokości rzeczywistych zarobków ubezpieczonego i jego wkładu w system emerytalny w okresie, gdy pracował i opłacał składki. Według sądu system ten stawia solidarność społeczną ponad indywidualny wkład i w połączeniu z innymi elementami nie gwarantuje wystarczającego bezpieczeństwa materialnego na emeryturze.

Litwini będą pracować do 65. roku życia

Sejm w Wilnie przyjął ustawę wydłużającą wiek emerytalny dla kobiet i mężczyzn. Będzie on jednakowy dla wszystkich i wyniesie 65 lat.

Obecnie powszechny wiek emerytalny na Litwie dla kobiet wynosi 60 lat, a dla mężczyzn – 62,5 roku. Wiek ten będzie stopniowo wydłużany do 2026 roku. Nie wszyscy byli za podniesieniem wieku emerytalnego. Opozycja litewska twierdzi, że ustawa dyskryminuje kobiety, ponieważ dla nich wiek emerytalny będzie rósł szybciej niż dla mężczyzn. Litwini nie mają jednak innego wyjścia. Kraj się dramatycznie wyludnia. Jak podał Eurostat, w ciągu 50 lat populacja Litwy skurczy się aż o 20 procent. Dramatycznie wzrośnie przy tym odsetek emerytów; na jedną osobę powyżej 65 lat będą przypadać niecałe dwie osoby w wieku produkcyjnym. Podwyższony wiek emerytalny ma pomóc uratować finanse publiczne i system emerytalny przed załamaniem.

Słoweńcy nie chcą pracować dłużej

Słoweńcy w referendum odrzucili reformy systemu emerytalnego, który zakładał podniesienie wieku emerytalnego do 65 lat.

Tymczasem reforma emerytalna jest w Słowenii niezbędna, aby zapewnić na dłuższą metę stabilizację finansów. Analitycy ostrzegają, że jej odrzucenie może prowadzić do obniżenia ratingów kredytowych Słowenii i do przedterminowych wyborów.

Reforma emerytalna, którą przyjął w grudniu parlament słoweński, zakładała stopniowe podnoszenie wieku emerytalnego do lat 65 z obecnego minimum, które wynosi 57 lat dla kobiet i 58 dla mężczyzn. Referendum odbyło się na żądanie związków zawodowych.

Reformę poparła Unia Europejska, która dostrzegła w niej prawidłową drogę do osiągnięcia przez Słowenię długoterminowej stabilizacji finansów publicznych oraz możliwość wzrostu gospodarczego tego kraju. ■

Opracowała
Agnieszka Rosa

Agnieszka Rosa

Sprawozdawca sejmowy
„Ubezpieczeń Społecznych”

Z prac parlamentu

WAKACJE UBEZPIECZENIOWE DLA OSÓB STARTUJĄCYCH Z PROWADZENIEM FIRMY

Sejm rozpoczął prace nad komisyjnym projektem zmian w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych, który ma łagodzić negatywne skutki opóźnienia w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne przez początkujących przedsiębiorców będących osobami fizycznymi.

Projekt zawiera też rozwiązania mające na celu aktywizację zawodową osób niemających zatrudnienia, a przede wszystkim dwóch grup: absolwentów szkół i osób w wieku powyżej 50 lat. Ma przełamać lęk przed podjęciem działalności gospodarczej, spowodowany obawą o zachowanie choćby minimalnego poziomu dochodów po opłaceniu należności publicznoprawnych. Zdaniem posłów, biorąc pod uwagę realne przychody, jakich osoby te mogą spodziewać się we wstępnej fazie wykonywania działalności, każde obniżenie lub choćby czasowe zniesienie danin publicznoprawnych może stanowić istotną zachętę do podjęcia ryzykownej decyzji o rozpoczęciu działalności gospodarczej.

Tak jest obecnie

Obecnie, zgodnie z art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania jej prowadzenia. Nie ma natomiast obowiązku ubezpieczenia w okresie, na który przedsiębiorca zawiesza prowadzenie swojej firmy na mocy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Może jednak płacić je dobrowolnie.

Ustawa systemowa stanowi, że osobą prowadzącą pozarolniczą działalność jest: osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych, twórca i artysta, osoba wykonująca wolny zawód (rozliczając się z podatku ryczałtowo i na zasadach ogólnych). Za osoby prowa-

dzące pozarolniczą działalność gospodarczą ustawa uważa się także wspólnika jednoosobowej spółki z o.o. oraz wspólników spółek jawnej, komandytowej lub partnerskiej, a także prowadzących niepubliczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty.

A zatem powyższym regulacjom podlegają osoby fizyczne rozpoczynające wykonywanie we własnym imieniu działalności gospodarczej, również w wolnym zawodzie.

Zasadniczo osoba prowadząca kilka rodzajów działalności pozarolniczej jest objęta obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z jednego wybranego przez siebie rodzaju działalności.

Jeśli przedsiębiorca równocześnie pracuje na etacie, wówczas obowiązkowo jest obejmowany ubezpieczeniami tylko z tytułu stosunku pracy, pod warunkiem jednak, że podstawa wymiaru składek z tego tytułu miesięcznie wynosi co najmniej tyle, ile minimalne wynagrodzenie. Jeżeli podstawa ta w przeliczeniu na miesiąc jest niższa od tej kwoty, wówczas prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej staje się obowiązkowym tytułem do ubezpieczeń społecznych.

Dla przedsiębiorców dopiero startujących w biznesie przewidziane są ulgi. Mogą oni przez pierwsze dwa lata opłacać składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od zadeklarowanej przez siebie kwoty, nie niższej jednak niż 30 procent minimalnego wynagrodzenia. Preferencyjna podstawa nie dotyczy osób, które prowadzą lub w ciągu ostatnich pięciu lat od założenia firmy prowadziły inną pozarolniczą działalność albo w ramach założonej firmy pracują na rzecz byłego pracodawcy, u którego były wcześniej zatrudnione i wykonywały te same czynności, które wykonują obecnie w ramach samozatrudnienia.

Tak proponują posłowie

Posłowie proponują opóźnienie momentu powstania obowiązku objęcia przedsiębiorcy obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi. Zamiast wskazanego dnia rozpoczęcia prowadzenia działalności

gospodarczej proponują dodać przepis odsuwający w czasie ten moment dla precyzyjnie określonej kategorii przedsiębiorców.

W tym celu proponują stworzenie kategorii „osoby prowadzącej pozarolniczą działalność będącej osobą fizyczną wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą”. Definicja ta objęłaby wyłącznie osoby fizyczne wykonujące działalność gospodarczą jednoosobowo w ramach umowy spółki cywilnej. I do nich skierowane byłyby proponowane przez posłów nowe, określone jako wakacje ubezpieczeniowe, preferencje. Miałyby one polegać na zmniejszeniu podczas pierwszych dwóch lat wykonywania działalności gospodarczej najniższej podstawy wymiaru składek z 30 do 20 procent kwoty minimalnego wynagrodzenia.

Zasady te nie objęłyby osób, które prowadzą lub w ciągu ostatnich trzech lat (zamiast obecnych pięciu lat) przed dniem rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej prowadziły pozarolniczą działalność, a także w czasie pierwszych dwóch lat od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej, wykonywały w jej ramach prace wyłącznie na rzecz byłego pracodawcy, u którego wcześniej (w bieżącym lub w poprzednim roku kalendarzowym) były zatrudnione jako pracownicy i wykonywały te same czynności, co teraz w ramach samozatrudnienia.

Proponuje się, aby podczas wakacji ubezpieczeniowych przedsiębiorcom przysługiwała możliwość objęcia ich dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi w sposób analogiczny, jaki stosuje się do czasu, na który przedsiębiorcy zdecydowali się na zawieszenie firmy.

Powyższe rozwiązania nie rodzą konieczności zmiany przepisów dotyczących terminów zgłaszania ubezpieczonych do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych. Nadal bowiem obowiązek zgłoszenia się do ubezpieczeń społecznych należy do tych przedsiębiorców. Będą musieli to zrobić w ciągu siedmiu dni od zakończenia wakacji ubezpieczeniowych.

Analogiczne rozwiązanie proponuje się wprowadzić do ustawy zdrowotnej, regulującej obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego.

POSŁOWIE I RZĄD CHCĄ ZMIAN W USTALANIU DOCHODU UPRAWNIAJĄCEGO DO ZASIŁKU RODZINNEGO

W Sejmie znajdują się dwa projekty zmian ustawy o świadczeniach rodzinnych: poselski i rządowy. Obydwa dotyczą tego samego zakresu, jednak każdy z nich w zgoła inny sposób proponuje wyjście naprzeciw osobom które potrzebują państwowego wsparcia.

PROJEKT POSELSKI

Po pierwszym czytaniu jest poselski projekt zmiany ustawy o świadczeniach rodzinnych w zakresie regulującym sposób obliczenia dochodu na jednego członka rodziny, uprawniającego do otrzymywania zasiłku rodzinnego i licznych do niego dodatków. To propozycja, która wprowadza zupełnie nowe rozwiązania w tym zakresie.

Według projektu obecne zasady obliczenia dochodu niezbędne do ustalenia prawa do wsparcia obowiązywałyby do końca obecnego okresu zasiłkowego, czyli do 31 października 2011 roku.

Tak jest obecnie

Obecnie, zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych, prawo do zasiłku rodzinnego i dodatków do niego przysługuje rodzinie, która spełni określone kryterium dochodowe na osobę. Zasiłek rodzinny przysługuje, jeżeli przeciętny miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę w rodzinie albo dochód osoby uczącej się nie przekracza kwoty 504 zł. Limit dochodowy uprawniający do świadczeń jest wyższy, jeśli w rodzinie jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności. Wówczas do świadczeń uprawnia miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę albo dochód osoby uczącej się nieprzekraczający 583 zł.

Kryteria dochodowe uprawniające do uzyskania zasiłku rodzinnego oraz wysokość poszczególnych świadczeń rodzinnych są weryfikowane co trzy lata. Weryfikacja uwzględnia wyniki badań prognozy wsparcia dochodowego rodzin. Data najbliższej przypada na 2012 rok.

Wysokość zasiłku rodzinnego ustala Trójstronna Komisja do Spraw Społeczno-Gospodarczych, opierając się na propozycjach przedstawionych przez Radę Ministrów oraz informacjach dostarczonych przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Ten ostatni bada tak zwany próg wsparcia dochodowego rodzin. Komisja podejmuje decyzję do 15 czerwca roku, w którym ma nastąpić weryfikacja. Jeśli tego nie zrobi, nowe kwoty ustala Rada Ministrów do 15 lipca. Nie mogą to być kwoty niższe niż w pierwszej propozycji Rady Ministrów.

Od 2004 roku, od kiedy zaczęła obowiązywać ustawa o świadczeniach rodzinnych, do końca 2010 roku kwota bazowa, uprawniająca do uzyskania zasiłku rodzinnego, nie była ani razu aktualizowana pomimo ustawowego zapisu o co trzyletniej jej weryfikacji.

Minimum dochodowe uprawniające do wsparcia – 504 zł w stosunku do wysokości minimalne-

go wynagrodzenia za pracę w 2004 roku stanowiło 61 procent, a w 2005 roku – 59 procent.

W 2011 roku wysokość dochodu na osobę w rodzinie uprawniającą do zasiłku rodzinnego w stosunku do minimalnego wynagrodzenia, które wynosi 1386 zł, uległo jeszcze większemu zmniejszeniu i wyniosło 36 procent.

Tak proponują posłowie

Posłowie powołują się na informację Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, z której wynika, że z każdym rokiem znacząco maleje liczba osób uprawnionych do zasiłków rodzinnych. Uznali, że obecne dysproporcje między progiem dochodowym a wysokością minimalnego wynagrodzenia w pełni uzasadniają wprowadzenie zmian do ustawy weryfikujących kwoty uprawniające do otrzymania zasiłku, albowiem zapis o weryfikacji raz na trzy lata nie gwarantuje przeprowadzenia aktualizacji przyznawania świadczeń rodzinnym osobom najbardziej potrzebującym.

Sposób ten, z uwagi na stale zmieniające się warunki gospodarczo-społeczne, w tym wzrost cen produktów i usług oraz niedostosowany do tych zmian poziom progu dochodowego, może znacznie ograniczyć liczbę beneficjentów korzystających z zasiłków rodzinnych.

Termin najbliższej weryfikacji oraz ewentualnej zmiany kryterium wysokości zarobków przypadający w 2012 roku spowoduje, że wiele z obecnie uprawnionych osób do otrzymywania zasiłku rodzinnego bez przeprowadzonej aktualizacji nie będzie już mogło skorzystać z możliwości ubiegania się o przyznanie świadczeń rodzinnych.

Posłowie chcą wprowadzenia do ustawy corocznej aktualizacji wysokości kryteriów uprawniających do uzyskania zasiłku rodzinnego. Zmiana ma polegać na tym, aby progiem dochodowym uprawniającym do świadczeń była kwota nie niższa niż równowartość 50 procent minimalnego wynagrodzenia. Natomiast w stosunku do osób legitymujących się orzeczeniem niepełnosprawności – kwota nie niższa niż 60 procent minimalnego wynagrodzenia. Zgodnie z projektem wysokość dochodu uprawniającego do świadczeń w 2011 roku nie może być wyższa niż 693 zł na osobę, a gdy członkiem rodziny jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności – 831 zł.

Zmiany proponowane przez posłów spowodują poszerzenie kręgu osób uprawnionych do świadczeń rodzinnych.

PROJEKT RZĄDOWY

Do pierwszego czytania w Sejmie trafił rządowy projekt zmian w ustawach o świadczeniach rodzinnych oraz o pomocy osobom uprawnionym do ali-

mentów. Rząd proponuje modyfikację obecnych regulacji dotyczących ustalania dochodu w tych rodzinach, w których rodzice w trakcie roku zasiłkowego zmieniali pracę. Przy okazji proponuje też nowelę innych przepisów ustawy.

Projekt ten jest konsekwencją orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, który uznał za niekonstytucyjne rozporządzenia z 2 czerwca 2005 roku w sprawie sposobu i trybu postępowania w sprawach o świadczenia rodzinne. Chodzi konkretnie o przepis, wedle którego nie pomniejsza się dochodu rodziny o dochód utracony, jeżeli w tym samym roku kalendarzowym osoba uzyskała inny dochód i nie utraciła go przed zgłoszeniem wniosku o zasiłek, bez względu na przerwę w uzyskiwaniu dochodów w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy. I choć wyrok Trybunału odnosi się do sposobu ustalania prawa do świadczeń rodzinnych oraz świadczeń z funduszu alimentacyjnego i spowodował jego uchylenie w tym zakresie, to jednak nie wykluczył stosowania tego przepisu o takim samym brzmieniu w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy zostaną zmienione przepisy w obydwu ustawach.

Ponadto rząd proponuje wprowadzenie zmian do regulacji dotyczących zatrzymania prawa jazdy dłużnika alimentacyjnego. Były one również przedmiotem rozważań Trybunału, z takim samym skutkiem.

Oprócz tego zmierza do wyeliminowania powstałych nieścisłości związanych z interpretacją przepisów dotyczących między innymi świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku pielęgnacyjnego oraz ma na celu dostosowanie przepisów powyższych ustaw do zmian wynikających z prawa podatkowego oraz europejskiego.

Tak jest obecnie

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami w razie utraty przez członka rodziny dochodu, którego wysokość jest podstawą przyznania wsparcia dla rodziny, należy odjąć przeciętną miesięczną kwotę utraconego dochodu. Nie pomniejsza się dochodu rodziny o dochód utracony, jeżeli w tym samym roku kalendarzowym osoba uzyskała inny dochód i nie utraciła go przed zgłoszeniem wniosku o zasiłek, bez względu na przerwę w uzyskiwaniu dochodów w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy. Prawo do świadczeń rodzinnych ustala się od pierwszego pełnego miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła utrata dochodu, nie wcześniej jednak niż od miesiąca złożenia wniosku.

Natomiast w razie uzyskania przez członka rodziny dochodu po roku, z którego dochody stano-

wią podstawę do ustalenia prawa do świadczeń rodzinnych, do dochodu rodziny dodaje się miesięczną kwotę dochodu uzyskanego przez członka rodziny, o ile dochód ten osoba otrzymuje w dniu ustalania prawa do świadczeń rodzinnych.

Jeśli dochód rodziny, powiększony o uzyskany, powoduje utratę prawa do świadczeń rodzinnych, świadczenia nie przysługują od miesiąca następującego po pierwszym pełnym miesiącu od uzyskania takiego dochodu.

Obecnie osoby pobierające rentę rodziną, przyznawaną na podstawie art. 95 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, w razie zbiegu prawa do świadczeń emerytalno-rentowych mają prawo do świadczenia pielęgnacyjnego. W myśl powyższego przepisu osoba uprawniona do kilku świadczeń emerytalno-rentowych może wybrać świadczenie, które chce pobierać, z reguły jest to świadczenie wyższe. Zdarza się więc, że osoba, mająca prawo do emerytury lub renty, pobiera wyższą rentę rodzinną po zmarłym małżonku. To stwarza sytuację, zgodnie z obecnym brzmieniem przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, w której osoba pobierająca własną rentę lub emeryturę nie ma prawa do świadczenia pielęgnacyjnego, a osoba pobierająca po zmarłym małżonku wyższą rentę rodzinną ze świadczenia pielęgnacyjnego może korzystać.

Obecnie wniosek o ustalenie prawa do świadczeń rodzinnych mogą złożyć małżonkowie, jeden z małżonków, rodzice, jeden z rodziców, opiekun faktyczny dziecka, opiekun prawny dziecka, osoby uczącej się, pełnoletniej osoby niepełnosprawnej lub inne osoby upoważnione do reprezentowania dziecka lub pełnoletniej osoby niepełnosprawnej. Jest to niespójne z katalogiem osób uprawnionych do świadczeń rodzinnych.

Natomiast zgodnie z art. 16 ust. 5a ustawy o świadczeniach rodzinnych, niepełnosprawnemu dziecku; osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz osobie w wieku ponad 75 lat zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje, jeżeli członek rodziny otrzymuje za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją tej osoby, chyba że przepisy unijne o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Teraz obowiązujące przepisy nie przewidują odwołania od decyzji wójta, burmistrza lub prezydenta w sprawie skierowania do starosty wniosku o zatrzymanie prawa jazdy i dłużnik alimentacyjny nie może kwestionować jego zasadności. Ponadto wszyscy dłużnicy alimentacyjni traktowani są jednakowo, bez względu na ich sytuację osobistą, i prawo jazdy jest im zatrzymywane w przypadku spełnienia przez nich takich samych warunków. Takie sztywne kryteria nie uwzględniają między innymi długości okresu bezskuteczności egzekucji, czy chociaż-

by faktu korzystania przez dłużnika alimentacyjnego z prawa jazdy przy wykonywaniu przez niego pracy, z której dochodu może toczyć się egzekucja.

Tak proponuje rząd

Zgodnie z projektem dochód rodziny stanowić będzie suma dochodów członków rodziny. Będzie nim zatem przeciętny miesięczny dochód osiągnięty w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy. W tym celu proponuje się przeniesie do ustaw § 17 i § 18 z rozporządzenia z 2 czerwca 2005 roku w sprawie sposobu i trybu postępowania w sprawach o świadczenia rodzinne do ustawy przepisów, które określają przesłanki utraty i uzyskania dochodu. Zgodnie z nimi, przy ustalaniu wysokości dochodu na osobę w rodzinie, w razie utraty przez jej członka dochodu, nie będzie uwzględniany dochód utracony. Prawo do wsparcia będzie ustalane od pierwszego pełnego miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła utrata dochodu, nie wcześniej jednak niż od miesiąca złożenia wniosku.

Co do uzyskania dochodu w trakcie roku, z którego zarobki są brane pod uwagę do ustalenia prawa do świadczeń rodzinnych, proponuje się wprowadzenie zasady, że uzyskany dochód dzieli się przez liczbę miesięcy, w których został osiągnięty, o ile będzie on osiągany w dniu ustalania prawa do świadczeń rodzinnych.

Natomiast, gdy nowy dochód pojawi się po roku, z którego dochody stanowią podstawę do ustalenia prawa do świadczeń rodzinnych, wówczas zarobki członka rodziny powiększa się o kwotę uzyskanego dochodu z miesiąca następującego po miesiącu, w którym został osiągnięty. Musi on być jednak pobierany w dniu ustalania prawa do świadczeń rodzinnych.

Jeśli skutek nowego dochodu, który pojawi się w rodzinie, nastąpi utrata prawa do wsparcia, wówczas świadczenia nie będą przysługiwały od miesiąca następującego po pierwszym miesiącu, w którym dochód został uzyskany.

Takie rozwiązanie spowoduje, że prawo do świadczeń rodzinnych oraz z funduszu alimentacyjnego ustalane będzie na podstawie dochodu zbliżonego do faktycznie uzyskiwanego przez rodzinę w czasie pobierania świadczeń. Pozwoli to na precyzyjne określenie dochodu i przyznanie świadczeń rodzinom, których faktyczne zarobki nie przekraczają przyjętego w ustawach kryterium dochodowego. Wykazany zostanie dochód faktycznie otrzymywany, a nie zaniżony, co miało miejsce w przypadku osób, które dopiero pod koniec roku podjęły pracę.

Proponuje się również zmianę w katalogu utraty i uzyskania dochodu. Utrata dochodu obejmować będzie dodatkowo utratę zasiłku chorobowego,

świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, a także utratę zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń.

Natomiast uzyskaniem dochodu będzie uzyskanie zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej.

Kolejną propozycją jest wyłączenie z katalogu dochodów niepodlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych stypendiów za wyniki w nauce i sporcie, z wyłączeniem stypendiów przysługujących na podstawie ustawy o sporcie, które nadal będą wliczane do dochodu.

Rząd chce wprowadzić dodatkowy warunek w ubieganiu się o świadczenia pielęgnacyjne dla osób innych niż ojciec lub matka, na których ciąży obowiązek alimentacyjny. Według propozycji ich prawo do świadczenia pielęgnacyjnego będzie zależało od tego, czy są to osoby zdolne do samodzielnej egzystencji. Oznacza to, że osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, opiekujące się inną osobą, nie będą mogły korzystać z tego świadczenia.

Ma to na celu wykluczenie fikcyjnego pobierania świadczenia pielęgnacyjnego przez dalszych członków rodziny, którzy *de facto* nie są w stanie sprawować opieki nad osobą niepełnosprawną, gdyż sami wymagają pomocy osoby trzeciej w wykonywaniu codziennych czynności życiowych.

Proponuje się również zmianę, która ma dać możliwość złożenia wniosku o świadczenia pielęgnacyjne wszystkim osobom uprawnionym do świadczenia pielęgnacyjnego, o których mowa w art. 17 ustawy. A zatem będą to matka, ojciec, opiekun faktyczny albo inne osoby, na których z mocy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego ciąży obowiązek alimentacyjny.

Inne zmiany zaproponowano w zasiłku pielęgnacyjnym. Obecnie, zgodnie z art. 16 ust. 5a ustawy o świadczeniach rodzinnych, niepełnosprawnemu dziecku, osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz osobie powyżej 75 lat zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje, jeżeli członek rodziny pobiera za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją tej osoby, chyba że przepisy unijne o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Rząd chce, aby negatywne przesłanki przyznania zasiłku pielęgnacyjnego uregulowane w art. 16 ust. 5a rozciągnąć również na pozostałe osoby, określone w art. 16. A zatem zasiłek nie będzie się należał osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, gdy niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21. roku życia, jeżeli członkowi rodziny przysługuje za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją

tej osoby, chyba że przepisy unijne o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Rząd przewiduje też zmiany w zasadach ustalania zwrotu nienależnie pobranych świadczeń z funduszu alimentacyjnego podczas jednoczesnego pobierania alimentów.

Obecnie, zgodnie z art. 28 ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów, w czasie otrzymywania przez osobę uprawnioną świadczeń z funduszu alimentacyjnego, wszelkie kwoty alimentów uzyskane od dłużnika alimentacyjnego w pierwszej kolejności powinny trafiać do organu właściwego wierzyciela na poczet zwrotu należności dłużnika z tytułu wypłaconych świadczeń z funduszu alimentacyjnego, aż do ich całkowitego zaspokojenia.

Nie ma jednak jednolitej praktyki w tym zakresie, co ilustruje choćby bogate orzecznictwo wojewódzkich i naczelnego sądów administracyjnych. Część bowiem gminnych organów, realizujących świadczenia z funduszu alimentacyjnego, uznaje za nienależnie pobrane świadczenia z funduszu alimentacyjnego jedynie wtedy, gdy uprawniony do świadczeń jednocześnie pobiera bieżące świadczenia alimentacyjne.

Receptą na to zjawisko ma być jednoznaczne brzmienie przepisów ustawowych. Zgodnie z propozycją, jeżeli podczas pobierania świadczeń z funduszu alimentacyjnego wierzyciel otrzyma alimenty od dłużnika niezgodnie z powyższą kolejnością (bez znaczenia, czy są to alimenty na poczet zaległości, czy też bieżące zobowiązania, gdyż ustawa takiego zastrzeżenia nie zawiera), gmina ustali obowiązek zwrotu świadczeń z funduszu alimentacyjnego w kwocie odpowiadającej otrzymanym od dłużnika alimentom (wraz z ustawowymi odsetkami). Zgodnie z art. 2 pkt 7 lit. d ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów, świadczeniami nienależnie pobranymi są świadczenia z funduszu alimentacyjnego wypłacone wtedy, gdy osoba uprawniona jednocześnie otrzymywała alimenty.

Rząd chce wprowadzić też zmiany do regulacji dotyczących procedury zatrzymania prawa jazdy dłużnikom alimentacyjnym, kierując się zasadami proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji RP) oraz sprawiedliwej procedury (art. 2 Konstytucji RP), które uznane zostały przez Trybunał Konstytucyjny za niekonstytucyjne.

A zatem możliwość zatrzymania prawa jazdy zostanie ograniczona do wyjątkowych sytuacji, gdy zaległości dłużnika alimentacyjnego będą wyższe niż za 6 miesięcy. Jest to taki sam okres, po którego upływie komornik składa, w myśl art. 1086 § 4 k.p.c., wniosek do Krajowego Rejestru Sądowego o wpis dłużnika do rejestru dłużników niewypłacalnych.

Proponuje się wprowadzenie szczególnego trybu postępowania w razie zatrzymywania prawa jazdy dłużnikowi alimentacyjnemu. Ma on zagwarantować możliwość odwołania się od decyzji gminy, na podstawie której starosta następnie zatrzymuje prawo jazdy.

Jeśli dłużnik będzie: uniemożliwiał przeprowadzenie wywiadu alimentacyjnego albo nie złoży oświadczenia majątkowego, nie zarejestruje się w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotny albo poszukujący pracy, odmówi przyjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, wówczas nastąpi wszczęcie postępowania administracyjnego. Zostanie wydana wobec niego decyzja administracyjna „o uznaniu dłużnika za uchylającego się od alimentacji”, gdy wysokość niezaspokojonych miesięcznie wierzytelności z tytułu alimentów (bieżących lub zaległych) wyniesie co najmniej 30 procent kwoty zasądzonych miesięcznie alimentów przez minimum sześć miesięcy. Od decyzji administracyjnej wydanej przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta będzie służyło dłużnikowi alimentacyjnemu odwołanie w trybie administracyjnym do samorządowego kolegium odwoławczego. Samorządowe kolegium odwoławcze rozpatrzy zasadność wydania takiej decyzji na podstawie zebranego przez urząd gminy materiału dowodowego. Gdy decyzja stanie się ostateczna, wójt, burmistrz lub prezydent miasta skierują do starosty wniosek o zatrzymanie prawa jazdy dłużnikowi alimentacyjnemu oraz wniosek do prokuratora o ściganie przestępstwa niealimentacji.

Projekt jednoznacznie określa sytuację, w której nastąpi zwrot zatrzymanego prawa jazdy, a nastąpi to, gdy odpadnie bezpośrednia przyczyna jego zatrzymania.

POSŁOWIE ZA ROZSZERZENIEM DOSTĘPU DO NAUCZYCIELSKICH ŚWIADCZEŃ KOMPENSACYJNYCH

Do Sejmu wpłynął poselski projekt zmian w ustawie o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych. Posłowie chcą dla nauczycieli rozszerzenia możliwości przechodzenia na wcześniejszy odpoczynek.

Tak jest obecnie

Teraz prawo do przejścia wcześniej na odpoczynek mają tylko osoby, które rozwiązały stosunek pracy z dotychczasowym pracodawcą na własny wniosek. Nie jest to jednak przejście na wcześniejszą emeryturę, bo taka możliwość została zlikwidowana z końcem 2008 roku. Zamiast niej wprowadzono nauczycielskie świadczenie kompensacyjne. Mogą na nie przechodzić do 2014 roku nauczyciele, którzy ukończyli 55 lat, mają trzydziestoletni staż pracy, w tym co najmniej dwadzieścia lat pracy przy tablicy w wymiarze nie mniej niż pół etatu.

Tak proponują posłowie

Posłowie chcą rozszerzenia katalogu osób zatrudnionych w szkolnictwie, które miałyby prawo do przejścia na świadczenie kompensacyjne. Zgodnie

z projektem prawo do ubiegania się o wcześniejsze zakończenie aktywności zawodowej i pobierania świadczenia mieliby również nauczyciele poradni psychologiczno-pedagogicznych, nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni zatrudnieni przed dniem wejścia w życie ustawy z 27 czerwca 2003 roku o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 137, poz. 1304) w publicznych placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz ośrodkach adopcyjno-opiekuńczych działających na podstawie przepisów o pomocy społecznej. Posłowie proponują też, by z powyższego przywileju mogli skorzystać pracownicy zatrudnieni w Ochotniczych Hufcach Pracy na stanowiskach wychowawców i pedagogów oraz na stanowiskach kierowniczych, ale posiadający odpowiednie kwalifikacje, określone w Karcie Nauczyciela.

Posłowie na uzasadnienie przyznania świadczenia kompensacyjnego innym grupom nauczycielskim przywołali badania środowiska nauczycielskiego i warunków pracy nauczycieli wskazujące, iż podstawowymi problemami zgłaszanymi przez środowisko pedagogów są częste zmiany prawa oświatowego i niesatysfakcjonujące zarobki. Przyznanie pewnym grupom nauczycieli prawa do świadczenia kompensacyjnego od 1 lipca 2009 roku jest elementem łagodzącym skutki zmian w systemie edukacji i jest adresowane do tych osób, które mniej korzystają z innych rozwiązań proponowanych dla nauczycieli – w szczególności z podwyżek, czy też rozwiązań przewidzianych w ramach programu „Solidarność Pokoleń – 50 +”. Posłowie uznali, że te same przesłanki uzasadniają objęcie świadczeniem kompensacyjnym nauczycieli wskazanych w przygotowanym przez nich projekcie.

Według tego projektu nauczycielskie świadczenie kompensacyjne będzie przyznawane nauczycielom, którzy osiągnęli trzydziestoletni staż pracy, w tym dwadzieścia lat pracy nauczycielskiej. Wiek uprawniający do nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego będzie wzrastał w kolejnych latach kalendarzowych, aż osiągnie powszechny wiek emerytalny, czyli 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn.

Świadczenie będzie obliczane z uwzględnieniem składek wpłacanych do systemu emerytalnego w celu powiązania wysokości świadczenia z wysokością należnej w przyszłości emerytury. Osoby, które skorzystają z nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, nie będą miały prawa do rekompensaty określonej w ustawie o emeryturach pomostowych. Ponadto prawo do nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego będzie ulegać zawieszeniu w razie podjęcia przez uprawnionego pracy w szkole, bez względu na wysokość uzyskiwanego z tego tytułu przychodu, tak jak jest to obecnie.

Zgodnie z projektem nauczycielskie świadczenia kompensacyjne będą wypłacane z budżetu państwa, a obsługiwane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ■

ROZMOWA „UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH”*Rynek pracy i polityka społeczna w świetle badań IPiSS**Rozmowa z profesorem dr hab. Bożenną Balcerzak-Paradowską,
dyrektorem Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych –**Maria Strzelecka* 2**TEORIA I PRAKTYKA UBEZPIECZEŃ W POLSCE***Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne –**Andrzej Sidorko* 6**KOORDYNACJA SYSTEMÓW ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO***Instytucja ponownego rozpatrzenia decyzji emerytalno-rentowej
na gruncie unijnego rozporządzenia nr 987/2009 –**Andrzej Szybkie* 13**PRAWO I ORZECZNICTWO SĄDOWE***Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego – Izby Pracy,**Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych**I półrocze 2011 roku –**Jadwiga Pawłowska-Chłystowska* 22**AKTUALNOŚCI***Przegląd wydarzeń w kraju i na świecie –**Agnieszka Rosa* 28**WIEŚCI Z WIEJSKIEJ***Z prac parlamentu –**Agnieszka Rosa* 30**Wydawca:**Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
01-748 Warszawa,
ul. Szamocka 3, 5**Rada programowa:**Aleksandra Wiktorow,
Zofia Czepulis-Rutkowska,
Małgorzata Olszewska,
Marek Pogonowski**Zespół redakcyjny:**Maria Strzelecka,
Krystyna Damm**Adres Redakcji:**01-748 Warszawa,
ul. Szamocka 3, 5,
pokój A 343
tel. 22 667 13 67,
e-mail: redakcja.us@zus.plRedakcja zastrzega sobie prawo do re-
dagowania, skracania i zmiany tytułów
zamówionych tekstów**Projekt graficzny:**

Grażyna Faltyn

Łamanie, korekta i druk:Biuro Poligrafii ZUS w Warszawie.
Nakład 2130 egz. Zamówienie nr 1509/11.

Zasady prenumeraty w 2011 roku

Cena jednostkowa miesięcznika „Ubezpieczenia Społeczne” to 6,30 zł (w tym 5% VAT). Koszt prenumeraty półrocznej wynosi 30 zł (w tym 5% VAT), a rocznej 60 zł (w tym 5% VAT). W ciągu roku ukaże się 10 numerów miesięcznika.

Zamówienia przyjmują przez cały rok osoby wyznaczone do tego w każdym oddziale ZUS właściwym ze względu na adres zamawiającego. U nich otrzymają Państwo szczegółowe informacje dotyczące płatności.

Osoby odpowiedzialne za prenumeratę w oddziałach ZUS

Lp.	Oddział	Imię i nazwisko	Telefon
1	Białystok	Anna Krysiewicz	85 748-64-87
2	Bielsko-Biała	Sylvia Mleczko	33 825-20-35
3	Biłgoraj	Halina Kniaż	84 688-13-08
4	Bydgoszcz	Adam Chrupek	52 341-83-92
5	Chorzów	Anna Sałyga	32 349-07-04
6	Chrzanów	Beata Jezierska	32 624-54-69
7	Częstochowa	Anna Pidzik	34 368-94-15
8	Elbląg	Agnieszka Bilska	55 641-93-74
9	Gdańsk	Mirosława Bieluk-Leoniuk	58 307-82-91
10	Gorzów Wielkopolski	Dorota Rutkowska	95 739-52-78
11	Jasło	Agnieszka Prajsnar	13 446-40-01 wew. 282
12	Kielce	Teresa Królikowska	41 367-72-11
13	Koszalin	Małgorzata Dąblewska	94 348-58-06
14	Kraków	Beata Sieczkowska	12 424-62-09
15	Legnica	Izabela Podgórska-Górniak	76 876-42-48
16	Lublin	Iwona Skrzątek	81 535-77-26
17	Łódź I	Grażyna Szkopiecka	42 689-18-01
18	Łódź II	Agnieszka Kluska	43 824-56-56 wew. 446
19	Nowy Sącz	Łukasz Zwolenik	18 443-78-48 wew. 36-06
20	Olsztyn	Barbara Piotrowska	89 521-24-38
21	Opole	Agnieszka Granatowska	77 451-17-37
22	Ostrów Wielkopolski	Krzysztof Kiałka	65 546-26-51 wew. 378
23	Piła	Iwona Białek	67 210-58-74
24	Płock	Barbara Smardzewska-Czmiel	24 262-52-71 wew. 21-03
25	Poznań I	Barbara Wilczewska	61 841-68-64
26	Poznań II	Izabela Gruszczyńska-Nawrocka	61 874-55-30
27	Radom	Małgorzata Miros	48 385-63-46
28	Rybnik	Justyna Panicz	32 439-11-46
29	Rzeszów	Barbara Warchoń	17 867-50-23
30	Siedlce	Barbara Ogrodniczuk	25 640-17-50
31	Słupsk	Jolanta Wudarowicz	59 841-95-75
32	Sosnowiec	Joanna Biniecka	32 368-33-33
33	Szczecin	Anna Jaroszyńska	91 459-65-71
34	Tarnów	Łukasz Zwolenik	18 443-78-48 wew. 36-06
35	Tomaszów Mazowiecki	Magdalena Hnatyk	44 724-59-45
36	Toruń	Anna Mosińska	56 610-94-92
37	Wałbrzych	Alicja Janiszewska-Mazurek	74 649-73-19
38	Warszawa I	Anna Nienaltowska-Bączek	22 538-26-19
39	Warszawa II	Justyna Wojdała	22 890-41-22
40	Warszawa III	Regina Kurowska	22 538-21-68
41	Wrocław	Renata Stemplewska	71 360-62-42
42	Zabrze	Maciej Wroński	32 277-86-78
43	Zielona Góra	Jarosław Mądry	68 329-44-19



ISSN 1731-0725

Cena 6,30 zł (w tym 5% VAT)