

# KANCELARIA PREZESA RADY MINISTRÓW



DEPARTAMENT SPRAW OBYWATELSKICH

MRP IPS



KG011212

Warszawa, dnia 25 kwietnia 2019 r.

DSO.ZAN.571.3.42.2019.AC



**Ministerstwo Rodziny, Pracy  
i Polityki Społecznej**

Uprzejmie informuję, że do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów wpłynęła petycja przekazana przez Pana Posła Władysława Kosiniaka - Kamysza dotycząca waloryzacji renty socjalnej oraz zasiłku pielęgnacyjnego.

Na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz. U z 2014 r. poz. 1195) przekazuję ją według właściwości.

Radca  
Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów  
*Anna Chelchowska*

Do wiadomości:

Pan Poseł RP Władysław Kosiniak-Kamysz



Posel na Sejm  
Rzeczypospolitej Polskiej

15-04-2019  
KRP-31136-2019  
Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Tarnów, 2019-04-09

Władysław Kosiniak-Kamysz

*p. d. k. k. Kosiniak-Kamysz*  
*15.04.2019*  
Sekretarz Stanu  
Zastępca Szefa  
Kancelarii Prezesa Rady Ministrów  
Paweł Szrot

Pani  
Beata SZYDŁO  
Wicepremier Rządu RP  
Warszawa

AC  
P

Szanowna Pani Wicepremier!

Korzystając z powszechnie dostępnej informacji, iż w gestii Pani Wicepremier znajduje się m.in. nadzór i koordynacja całości działań centralnych instytucji państwa zorientowanych zwłaszcza na sprawy edukacyjne, socjalno-bytowe i inne – pozwalam sobie przesać w załączeniu pewien przesłany do mojego biura analityczno-proponujący materiał. Jego

zamieścić w nim swoje przemyślenia i zarazem propozycje odnoszące się do waloryzacji w 2020r. renty socjalnej oraz weryfikacji w tymże roku wysokości zasiłku pielęgnacyjnego.

Rozumiejąc intencje autora korespondencji, ze swej strony wyrażam obawę, iż przecenia on moje możliwości, natomiast sama idea waloryzacji i weryfikacji zasługuje na poważne potraktowanie. Wychodząc z założenia, iż w Pani gestii leżą m.in. wyłuszczone w petycji sprawy – przekazuję w załączeniu przywołane wyżej pismo. Załącznik ten przesyłam do wiadomości i wykorzystania, o czym informuję także nadawcę, natomiast Panią Wicepremier niniejszym uprzejmie proszę o zaprezentowanie

swego stanowiska. W rozdzielniku owej odpowiedzi p. również uwzględnić moje biuro

Załącznik 1.

Z poważaniem

Do wiadomości

*Władysław Kosiniak-Kamysz*  
POSEL RP  
Władysław KOSINIAK-KAMYSZ

Biuro Poselskie Posła na Sejm RP Władysława Kosiniaka-Kamysza

ul. Piłsudskiego 5

33-100 Tarnów

Dotyczy : Petycja

### Petycja

Na podstawie Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach, składam petycję

Zakres petycji :

1. Waloryzacja w 2020 roku Renty Socjalnej.
2. Weryfikacja w 2020 roku Zasiłku Pielęgnacyjnego.

Przedmiot petycji :

1. Waloryzacja Renty Socjalnej w 2020 roku.
2. Weryfikacja kwoty zasiłku pielęgnacyjnego w 2020 roku.

Opis wniosków zawartych w petycji :

1. Waloryzacja renty socjalnej 2020 roku, powinna być kontynuowana do poziomu kwoty 1800 zł netto.
2. Weryfikacja kwoty zasiłku pielęgnacyjnego w 2020 roku, powinna być kontynuowana do poziomu kwoty 500 zł.

### Uzasadnienie

Niezwykle ważnym jest by podjąć prace przez Ministerstwo, w przedmiocie Waloryzacji renty socjalnej 2020 roku, do poziomu kwoty 1800 zł netto i Weryfikacji kwoty zasiłku pielęgnacyjnego w 2020 roku, powinna do poziomu kwoty 500 zł.

Uzasadnionym jest by Renta Socjalna wynosiła 1800 zł netto a Zasiłek Pielęgnacyjny 500 zł. Jednoznacznie należy stwierdzić, że nie jest realnym by odrazu podnieść te oba świadczenia, dlatego proponuję :

1. Podjęcie decyzji o weryfikacji zasiłku pielęgnacyjnego w 2020 roku do kwoty 350 zł i decyzji osiągnięciu kwoty zasiłku pielęgnacyjnego 500 zł w 2021 roku.

Takie rozbieżności weryfikacji zasiłku pielęgnacyjnego, pozwoli znaleźć środki budżetowe.

2. Podjęcie decyzji o waloryzacji Ranty Socjalnej 2020 roku do kwoty 1400 zł i w 2021 roku do kwoty 1800 zł netto.

Przedstawione wyżej rozwiązanie, pozwoli na pogodzenie potrzeb osób niepełnosprawnych i możliwości budżetowych.

Spośród ponad siedmiu miliardów ludzi ponad miliard doświadcza jakiegoś rodzaju ograniczenia sprawności lub dotkniętych jest formą niepełnosprawności, w tym wedle szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dla prawie 200 milionów osób oznacza to znaczne trudności w funkcjonowaniu (World report on disability, 2011). Kierując się tego typu kryteriami należałoby wskazać, iż w Polsce ograniczenia sprawności dotyczą co piątego mieszkańca (ponad 7,5 mln osób), w tym blisko co dwudziesty (niemal 2,5 mln osób) doświadcza ograniczeń w stopniu znacznym (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., 2016). W statystykach publicznych funkcjonuje kilka definicji pojęcia niepełnosprawności – właściwa definicja jest tutaj niezwykle istotna, ponieważ w istocie to od niej zależy liczebność populacji osób niepełnosprawnych. WHO używa terminu disability jako zbiorczego określenia dla różnego rodzaju upośledzeń i ograniczeń w aktywności i partycypacji jednostki w różnych aspektach życia<sup>7</sup>. Według kryteriów WHO niepełnosprawność jest terminem szerokim – dotyczącym sytuacji czasowego lub stałego ograniczenia sprawności w funkcjonowaniu. W tym rozumieniu prawie każdy człowiek w pewnym momencie swojego życia będzie niepełnosprawny (chwilowo lub na stałe) (World report on disability, 2011). Główny Urząd Statystyczny w swojej praktyce stosuje definicję statystyczną obejmującą łącznie lub rozłącznie dwa kryteria – niepełnosprawności biologicznej (deklarowane ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności) oraz niepełnosprawności prawnej (posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności) (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., 2016). W niniejszym opracowaniu przyjęto następującą zasadę: jeżeli określone dane dostępne są dla populacji osób niepełnosprawnych określonej prawną definicją niepełnosprawności to te dane są prezentowane. Inne definicje używane są wówczas, gdy nie ma dostępnych danych dla populacji osób niepełnosprawnych prawnie. Każdorazowo dla jasności przekazu zaznaczono definicję niepełnosprawności do jakiej odnoszą się prezentowane dane.

Charakterystyka demograficzna osób niepełnosprawnych

Ostatnie pełne dane na temat zagadnienia niepełnosprawności zebrano w ramach Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 r. Ponadto w okresach międzyspisowych danych na temat populacji ON dostarczają badania GUS, m.in. o stanie zdrowia ludności oraz o aktywności ekonomicznej ludności. Według danych z NSP 2011 w Polsce zamieszkiwało niemal 4,7 miliona osób niepełnosprawnych według kryterium biologicznego. Ponadto 3,1 miliona osób posiadało orzeczenie o niepełnosprawności – to jest 67% ogółu osób zaliczonych do grona niepełnosprawnych wedle kryterium biologicznego. Udział osób niepełnosprawnych według kryterium prawnego wśród ogółu

ludności Polski w 2011 roku wynosił 8%, czyli jeden na 12 mieszkańców Polski posiadał orzeczenie o niepełnosprawności. Przy tym jednak odsetek osób niepełnosprawnych jest zróżnicowany terytorialnie – relatywnie największy jest udział ON wśród mieszkańców województwa lubuskiego, gdzie aż 13% populacji posiadało orzeczenie o niepełnosprawności. Wyższy, niż w skali kraju jest także udział osób niepełnosprawnych wśród mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego (10%). Natomiast województwa mazowieckie i opolskie charakteryzują się relatywnie najniższym odsetkiem osób posiadających orzeczenia o niepełnosprawności (por. Rysunek 3). Najczęściej osoby niepełnosprawne posiadały orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (38%) – w 2011 było to 1,19 mln osób. Niemal 30% ON stanowiły osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (893,5 tys. osób), nieco mniej, bo 26% to osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności (802,7 tys. osób). Udział osób niepełnosprawnych prawnie w wieku do 15 lat wyniósł 4% (por. Rysunek 3).

Niepełnosprawność najczęściej nabywa się z wiekiem, stąd wśród osób niepełnosprawnych znacznie wyższy niż w populacji ogółem jest udział starszych grup wiekowych. Rysunek 5 ilustruje różnice w strukturze wieku dla ogółu mieszkańców Polski oraz dla osób niepełnosprawnych. Wśród ON ponad dwukrotnie wyższy jest udział grupy w wieku poprodukcyjnym (17% wśród ogółu mieszkańców Polski i 40% wśród ON), zaś czterokrotnie niższy jest udział grupy w wieku przedprodukcyjnym (odpowiednio 19% i 5%). Warto także zauważyć, iż w niektórych województwach udział grupy w wieku poprodukcyjnym wśród ogółu niepełnosprawnych jest szczególnie wysoki – np. w województwie małopolskim stanowią one ponad połowę wszystkich ON. Z kolei relatywnie młodsze są populacje osób niepełnosprawnych w województwach kujawsko-pomorskim, podkarpackim i warmińsko-mazurskim (nieco wyższy udział grupy w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym oraz niższy udział grupy w wieku poprodukcyjnym).

Dane z badania cyklicznego GUS „Stan zdrowia ludności Polski 2014” są bardziej aktualne, niż dane z ostatniego spisu powszechnego, a przy tym dostarczają więcej szczegółowych informacji na temat charakterystyki demograficznej populacji osób niepełnosprawnych, m.in. bardziej przekrojowe dane na temat odsetka ON w węższych grupach wiekowych. Wraz z wiekiem odsetek osób niepełnosprawnych wzrasta – po 50 roku życia udział tej grupy przekracza 15%, po 70 r.ż. przekracza 25% (por. Rysunek 6). Co więcej, ponad połowę populacji osób niepełnosprawnych stanowią osoby powyżej 60 roku życia, choć udział tej grupy w ogóle ludności powyżej 15 lat to tylko 27% ! Zarówno dane z NSP 2011, jak i dane z badania „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.” wskazują, że proporcje płci wśród osób niepełnosprawnych prawnie rozkładają się mniej więcej po równo, natomiast można zauważyć ich zróżnicowanie względem wieku. Mężczyźni mają przewagę we wszystkich

grupach wiekowych od 0 aż do 65 roku życia, natomiast wśród osób niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym przewagę mają kobiety (co jest związane z silną feminizacją tej grupy wiekowej wśród ogółu Polaków, wynikającą z dłuższego trwania życia u kobiet). Podobnie jak w przypadku ogółu ludności osoby niepełnosprawne częściej zamieszkują miasta (62%), niż tereny wiejskie (38%). Nie odbiega to znacząco od sytuacji ogółu mieszkańców Polski (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., 2016).

Najczęściej występującym rodzajem niepełnosprawności według danych GUS są uszkodzenia i choroby narządu ruchu, które dotyczą 59% osób niepełnosprawnych prawnie lub biologicznie (por. Rysunek 7). Jednocześnie niemal połowa osób niepełnosprawnych według definicji statystycznej deklaruje posiadanie schorzeń układu krążenia (47%). Kolejne dwie często występujące grupy schorzeń to schorzenia neurologiczne, na które cierpi około 38% osób niepełnosprawnych prawnie lub biologicznie, oraz uszkodzenia i choroby narządu wzroku, które dotknęły 35% tej grupy. Co piąta osoba niepełnosprawna ma uszkodzenia lub choroby narządu słuchu (19%), zaś co dziesiąta – schorzenia psychiczne (11%). Upośledzenia umysłowe to zaledwie 5% wszystkich schorzeń. Warto zauważyć, iż powyższe odsetki wskazują na dużą skalę współwystępowania schorzeń z różnych grup u tych samych osób<sup>8</sup>. Częstotliwość występowania poszczególnych schorzeń wśród kobiet jest wyższa, niż w wśród mężczyzn (za wyjątkiem upośledzeń umysłowych), co związane jest z dłuższym trwaniem życia i wyższym wiekiem w przypadku kobiet.

Osoby niepełnosprawne mają poczucie pozostawienia samym sobie – ponad połowa zaprzecza, jakoby rodzina była obejmowana opieką, gdy pojawi się w niej niepełnosprawność (53%), zaś 45% wskazuje, że nie jest prawdą, iż instytucje wsparcia osób niepełnosprawnych wymieniają się informacjami, albo że jest zapewniona rzetelna informacja na temat dostępnej pomocy. System wydaje się być zawiły, niezrozumiały i niepodlegający ścisłym zasadom. Ponad 60% osób niepełnosprawnych wskazuje, że przy wielu różnych instytucjach udzielających wsparcia potencjalnym beneficjentom pomocy trudno jest się odnaleźć. Ponad połowa badanych jest zdania, że wsparcie jest przyznawane uznaniowo.

Jednym z najważniejszych dokumentów dotyczących praw ON jest Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku. Polska ratyfikowała Konwencję 6 września 2012 r. Celem tego dokumentu jest ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby niepełnosprawne na równi ze wszystkimi innymi obywatelami<sup>26</sup>. Dokument zobowiązuje państwa do podjęcia konkretnych działań i zapewnienia odpowiednich warunków dla realizacji praw osób

niepełnosprawnych, w celu wdrożenia postulatów Konwencji. Poruszone w niej zostały m.in. takie obszary jak sytuacja niepełnosprawnych kobiet i dzieci, równość wobec prawa, wolność, dostęp do podstawowych praw np. do wymiaru sprawiedliwości, do rynku pracy, edukacji, ochrona prywatności, rodziny, zdrowia, a także integracja społeczna (m.in. udział w życiu kulturalnym, politycznym). Konwencja ustanowiła także Komitet ds. Praw Osób Niepełnosprawnych o charakterze międzynarodowym, któremu państwa członkowskie zobowiązane są przedkładać sprawozdania z działań podejmowanych w celu realizacji postanowień Konwencji. Konwencja opiera się na szeregu zasad: (a) poszanowanie przyrodzonej godności, autonomii osoby, w tym swobody dokonywania wyborów, a także poszanowanie niezależności osoby, (b) niedyskryminacja, (c) pełny i skuteczny udział i włączenie w społeczeństwo, (d) poszanowanie odmienności i akceptacja osób niepełnosprawnych, będących częścią ludzkiej różnorodności i całej ludzkości, (e) równość szans, (f) dostępność, (g) równość mężczyzn i kobiet, (h) poszanowanie rozwijających się zdolności niepełnosprawnych dzieci oraz poszanowanie prawa dzieci niepełnosprawnych do zachowania tożsamości (Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, 2006). Częściowo w nawiązaniu do Konwencji Komisja Europejska podjęła inicjatywę na rzecz osób niepełnosprawnych opracowując Europejską strategię w sprawie niepełnosprawności na lata 2010-2020 stanowiącą odnowienie zobowiązania do budowania Europy bez barier. Jej celem jest zwiększenie możliwości osób niepełnosprawnych, tak aby mogły one w pełni korzystać ze swoich praw i uczestniczyć w życiu społecznym oraz w europejskiej gospodarce, zwłaszcza dzięki jednolitemu rynkowi (Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010). Wdrożenie strategii ma przynieść poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych, a także przynieść korzyści społeczeństwu i gospodarce bez powodowania zbędnych obciążeń dla przemysłu i administracji. Strategia określa działania, które na poziomie unijnym mają uzupełniać działania krajowe i wyznacza mechanizmy potrzebne do wdrożenia na terenie UE Konwencji ONZ. W dokumencie Komisja określiła osiem podstawowych obszarów, w których powinny być podejmowane inicjatywy: dostępność, uczestnictwo, równość, zatrudnienie, kształcenie i szkolenie, ochrona socjalna, zdrowie i działania zewnętrzne. W każdym z tych obszarów na poziomie UE zdefiniowane zostały najważniejsze działania i nadrzędny cel. Strategia jest też w pewnej mierze odpowiedzią na procesy demograficzne zachodzące w Europie – w szczególności na starzenie się populacji. W świetle powyższych dokumentów, a także w odniesieniu do ustawodawstwa krajowego należy wyraźnie zaznaczyć, że wobec zagadnienia niepełnosprawności zaleca się dążenie do jak największej inkluzji społecznej i przeciwdziałanie wykluczeniu. Cel ten wymaga rozwiązania problemów i odpowiedzi na potrzeby osób niepełnosprawnych w wielu aspektach. W niniejszym rozdziale omówiono problemy stojące na drodze do pełnego uczestnictwa osób

niepełnosprawnych w życiu społecznym, z uwzględnieniem siedmiu wyróżnionych obszarów. Zidentyfikowano także potrzeby osób niepełnosprawnych i ich rodzin w poszczególnych obszarach. Analiza ta poprzedzona została spojrzeniem na całokształt życia ON przez pryzmat zbudowanego modelu analitycznego.

Ze względu na różnice w poziomie wykształcenia i aktywności zawodowej, a także z uwagi na problemy zdrowotne niepełnosprawni stanowią grupę silnie zagrożoną wykluczeniem społecznym, biedą i ubóstwem. Według danych z badania „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.” w stosunku do ogółu ludności osoby niepełnosprawne częściej zaliczają się do trzech niższych grup dochodowych, znacznie rzadziej natomiast osiągają dochody z najwyższej grupy (por. Rysunek 49). Również we własnej ocenie osoby niepełnosprawne rzadziej postrzegają swoje gospodarstwa jako dobrze sytuowane, częściej zaś stwierdzają, iż sytuacja materialna ich gospodarstwa jest raczej zła lub zła, o czym świadczą wyniki Badania Budżetów Gospodarstw Domowych GUS z 2014 r. (por. Rysunek 50). Ogółem w 2014 r. 12,2% osób żyło w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej ustawowej granicy ubóstwa. Dla gospodarstw z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną wskaźnik ten wynosił 16,7%, zaś dla gospodarstw z 1 dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności aż 26,6% (Ubóstwo w Polsce w latach 2013 i 2014, 2015). Poniżej granicy ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji) znajdowało się odpowiednio 7,4% ogółu osób i 10,8% w gospodarstwach z co najmniej jedną osobą niepełnosprawną.

Osoby niepełnosprawne swoją wiedzę na temat zasad wstrzymania renty w przypadku pracy zarobkowej oceniają jako raczej niewielką – tylko 13% badanych uznało, że wiedzą dużo lub bardzo dużo na ten temat. Relatywnie częściej za kompetentnych w tej materii uważają się osoby z dysfunkcją wzroku (23%). Ogólnie można uznać, iż ponad połowa osób niepełnosprawnych nie orientuje się w zasadach wstrzymania rent przy podjęciu pracy: 44% badanych przyznaje, że nie wie nic lub bardzo niewiele na ten temat, a kolejne 11% odpowiada „nie wiem”, co należałoby również traktować jako brak wiedzy. Odsetki te są najwyższe w przypadku grupy osób z upośledzeniem umysłowym (łącznie odpowiedzi „wiem niewiele”, „w ogóle nic nie wiem” oraz „nie wiem, trudno powiedzieć” dają 75%) i chorujących psychicznie (73%), zaś nieco niższe w przypadku osób z dysfunkcją słuchu (63%).

Również badania jakościowe potwierdzają, iż wiedza na temat warunków utrzymania renty w przypadku podjęcia pracy jest niewielka. Uczestnicy badań jakościowych mieli świadomością, że jakaś zależność między tymi dwoma faktami istnieje, nie znali jednak zwykle szczegółów. Pojawiała się informacja, że renta nie zostanie odebrana przy zarobkach nie przekraczających kwoty „około” 2400 zł brutto, ale przywoływano ją raczej sporadycznie, najczęściej wśród osób z niepełnosprawnością wzroku i narządu ruchu.



Należy więc stwierdzić, że jest realna potrzeba uzyskiwania większych świadczeń przez osoby niepełnosprawne, tym samym uzasadnionym jest Podjęcie decyzji o weryfikacji zasiłku pielęgnacyjnego w 2020 roku do kwoty 350 zł i decyzji osiągnięciu kwoty zasiłku pielęgnacyjnego 500 zł w 2021 roku. Takie rozbieżności weryfikacji zasiłku pielęgnacyjnego, pozwoli znaleźć środki budżetowe.

Podjęcie decyzji o waloryzacji Renty Socjalnej 2020 roku do kwoty 1400 zł i w 2021 roku do kwoty 1800 zł netto.

Takie rozbieżności waloryzacji Renty Socjalnej, pozwoli znaleźć środki budżetowe.

Mając w/w wnoszę jak w pepitum.

Z Wyrazami Szacunku