

# MINISTERSTWO RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

## DEPARTAMENT POLITYKI RODZINNEJ

ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa, tel. +48 22 461 60 60, fax +48 22 461 60 61  
www.gov.pl/rodzina; e-mail: info@mrpips.gov.pl

---

DSR-IV.811.892.2020.AS

Warszawa, 21 grudnia 2020 r.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz. U. z 2018 r., poz. 870), w związku z petycją złożoną w dniu 23 września 2020 r. (nr IS 2309/1/67/2020) w sprawie kwot świadczeń rodzinnych, świadczeń z pomocy społecznej oraz symboli o niepełnosprawności, uprzejmie informuję;

Zasady weryfikacji wysokości świadczeń rodzinnych, w tym zasiłku pielęgnacyjnego oraz specjalnego zasiłku opiekuńczego (z wyjątkiem świadczenia pielęgnacyjnego waloryzowanego na odmiennych zasadach), reguluje art. 18 i art. 19 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 111).

Zgodnie z ww. przepisami, kwoty kryteriów dochodowych uprawniających do świadczeń rodzinnych oraz kwoty świadczeń rodzinnych, a więc także kwota zasiłku pielęgnacyjnego oraz kwota specjalnego zasiłku opiekuńczego, podlegają co 3 lata weryfikacji, z uwzględnieniem wyników badań prognozy wsparcia dochodowego rodzin. Ostateczne rozstrzygnięcie o zakresie zmian ww. kwot w ramach danej weryfikacji, dokonywane jest przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia.

Ostatnia weryfikacja miała miejsce w 2018 r. W ramach tej weryfikacji, po raz pierwszy od ponad 12 lat, wzrosła kwota zasiłku pielęgnacyjnego dla osób niepełnosprawnych do wysokości 215,84 zł miesięcznie oraz podwyższeniu, po raz pierwszy w od ich wprowadzenia, uległy kwoty świadczeń dla opiekunów dorosłych osób

*niepodległa*

POLSKA  
STULECIE ODZYSKANIA  
NIEPODLEGŁOŚCI

niepełnosprawnych, tj. specjalnego zasiłku opiekuńczego i zasiłku dla opiekuna do wysokości 620 zł miesięcznie.

Najbliższa ustawowa weryfikacja kwot świadczeń rodzinnych, w tym zasiłku pielęgnacyjnego oraz specjalnego zasiłku opiekuńczego (z wyjątkiem świadczenia pielęgnacyjnego), przewidziana jest na rok 2021 i wówczas Rada Ministrów podejmie decyzję o jej zakresie.

Natomiast kwota świadczenia pielęgnacyjnego, na podstawie art. 17 ust. 3a ustawy o świadczeniach rodzinnych, podlega corocznej waloryzacji od dnia 1 stycznia. Waloryzacja, zgodnie z art. 17 ust. 3b ww. ustawy, polega na zwiększeniu kwoty świadczenia pielęgnacyjnego o wskaźnik waloryzacji. Wskaźnikiem waloryzacji jest procentowy wzrost minimalnego wynagrodzenia za pracę, o którym mowa w ustawie z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym jest przeprowadzana waloryzacja, w stosunku do wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującej w dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, w którym jest przeprowadzana waloryzacja.

Obecnie kwota świadczenia pielęgnacyjnego wynosi 1830 zł miesięcznie, a od 1 stycznia 2021 r. będzie wynosić 1971 zł miesięcznie.

Nie są prowadzone prace nad zmianą ww. regulacji dotyczących weryfikacji/waloryzacji ww. świadczeń.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że w obowiązującym stanie prawnym, rada gminy, dostrzegając szczególne potrzeby swoich mieszkańców może ustanowić własne dodatkowe świadczenia np. dla osób niepełnosprawnych lub opiekunów osób niepełnosprawnych i w ten sposób uzupełnić systemy powszechne finansowane z budżetu państwa.

Podstawą prawną do powyższego, jest art. 22b ustawy o świadczeniach rodzinnych, zgodnie z którym, rada gminy, biorąc pod uwagę lokalne potrzeby swoich mieszkańców w zakresie świadczeń na rzecz rodziny, może w drodze uchwały, ustanowić dla osób zamieszkałych na terenie jej działania świadczenia na rzecz rodziny inne niż określone w powyższej ustawie. Decyzja o tym, czy oraz w jakiej wysokości wprowadzić takie dodatkowe świadczenia, należy do wyłącznej właściwości rady gminy. Świadczenia takie finansowane są ze środków własnych gminy.

Należy zatem wskazać, że w świetle istniejących ww. regulacji prawnych, przedstawione w petycji propozycje wprowadzenia możliwości ustalania przez radę gminy wyższych kwot, w tym kryteriów warunkujących przyznanie wyższych kwot świadczeń opiekuńczych, tj. zasiłku pielęgnacyjnego, świadczenia pielęgnacyjnego oraz specjalnego zasiłku opiekuńczego, nie znajdują w tym aspekcie uzasadnienia.

Odnosząc się natomiast do zaproponowanego w petycji postulatu, zgodnie z którym „Rada Gminy może uchwalić, że kwota zasiłku może być większa niż ustalona przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, biorąc pod uwagę m.in. kwoty zasiłku stałego, okresowego i celowego w przeciągu trzech lat”, należy zauważyć że powyższy postulat dotyczy trzech rodzajów świadczeń pieniężnych, które pełnią inne funkcje i są uregulowane w odmienny sposób na gruncie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Zasiłek celowy jest to świadczenie fakultatywne przyznawane na zaspokojenie niezbędnej potrzeby bytowej, którą może być w szczególności pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu. Katalog obejmujący pojęcie „niezbędnej potrzeby życiowej” ma charakter otwarty i w głównej mierze – m.in. ze względu na fakultatywność tego świadczenia – jest określany przez praktykę przyznawania ww. zasiłków przez ośrodki pomocy społecznej oraz przez orzecznictwo sądowno-administracyjne. Wysokość zasiłku celowego jest ustalana indywidualnie w danym stanie faktycznym przez ośrodek pomocy społecznej, z uwzględnieniem m.in. sytuacji majątkowej i rodzinnej osoby ubiegającej się oraz możliwości finansowych gminy.

Kolejnym z przykładów świadczeń pieniężnych wskazanych w treści petycji jest zasiłek okresowy, który przysługuje w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego. Jest to świadczenie, do którego uprawniona jest osoba samotnie gospodarująca, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (701 zł), jak również rodzina, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego rodziny (528 zł). Zasiłek okresowy ustala się do wysokości różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby (z zastrzeżeniem, że kwota zasiłku nie może być wyższa niż 418 zł miesięcznie), zaś w przypadku rodziny do wysokości różnicy między kryterium dochodowym rodziny

a dochodem tej rodziny. Kwota zasiłku nie może być niższa niż 50% różnicy między ww. kryteriami i dochodami w odniesieniu do osób samotnie gospodarujących czy też rodzin, dodatkowo ww. kwota nie może być niższa niż 20 zł. Okres, na jaki jest przyznawany zasiłek okresowy, ustala ośrodek pomocy społecznej na podstawie okoliczności sprawy.

Ostatnim świadczeniem pieniężnym z pomocy społecznej wymienionym w postulacie jest zasiłek stały, o którym mowa w art. 37 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Stosownie do treści art. 37 przyznanie zasiłku stałego uzależnione jest od spełnienia przez osobę wnioskującą dwóch przesłanek – niezdolności do pracy oraz nieprzekraczania ustawowo określonego kryterium dochodowego. Przesłanki te muszą być spełnione łącznie. Przez całkowitą niezdolność do pracy rozumie się całkowitą niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych albo zaliczenie do I lub II grupy inwalidów lub legitymowanie się znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art. 6 pkt 1 ustawy).

Przyznanie ww. świadczeń z pomocy społecznej następuje - co do zasady – w formie decyzji administracyjnej.

Należy podkreślić, że w ww. postulacie dotyczącym zwiększenia kwoty ww. zasiłków z pomocy społecznej przez radę gminy, brakuje precyzyjnego wskazania, którego konkretnie zasiłku (lub świadczenia) miałyby dotyczyć ewentualne podwyższenie kwoty w drodze uchwały rady gminy, poprzestając na wskazaniu przesłanek podwyższenia (w tym poprzez odniesienie się do kwot zasiłków stałego, okresowego i celowego z okresu 3 lat). Takie sformułowanie jest niejednoznaczne, zwłaszcza w kontekście przesłanki związanej z rzeczywistymi kosztami egzystencji i opieki. Tytułem przykładu: jednym ze świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej są usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 50 ustawy o pomocy społecznej, tymczasem nie dookreślono, o jaki rodzaj opieki chodzi (w ramach pomocy społecznej, świadczeń rodzinnych, inny rodzaj opieki). Z kolei koszty diagnostyki i leczenia są finansowane w ramach systemu ochrony zdrowia i mogłaby nastąpić sytuacja podwójnego finansowania świadczeń oraz refundacji w ramach różnych systemów np. ochrony zdrowia i pomocy społecznej czy też świadczeń rodzinnych.

W powyższym postulacie nie wskazano również sposobu weryfikacji kwot ww. świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej za okres 3 lat. Nie określono, czy taka weryfikacja powinna być dokonywana za okres 3 ostatnich lat oraz w jaki sposób liczyć ten

okres – pełne lata od 1 stycznia do 31 grudnia danego roku, 3 lata od rozpoczęcia prac nad uchwałą przez radę gminy czy też 3 lata liczone od innej, wskazanej konkretnie daty (np. od 31 marca danego roku). Brak również informacji, czy przy uchwalaniu wyższej kwoty danego świadczenia przez radę gminy brane pod uwagę są kwoty zasiłków celowego, okresowego i stałego uzyskane przez wszystkich świadczeniobiorców w danej gminie za okres 3 lat czy chodzi o kwoty uzyskane przez konkretną osobę korzystającą z ww. zasiłków (obecnie lub w przeszłości) za okres 3 lat.

Mając na uwadze powyższe uprzejmie informuję, że nie planuje się zmian w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w kierunku postulowanym w treści petycji, przy braku obiektywnej możliwości odczytania wprost, czego by miały dotyczyć regulacje, przedstawione w petycji.

Odnosząc się do pozostałych kwestii, poruszonych w petycji dotyczących „*kodów choroby w przypadku niepełnosprawności*”, należy wskazać, że orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności oraz wskazaniach do ulg i uprawnień zawiera, stosownie do art. 6b ust. 3 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2010 r. poz. 426, ze zm.) symbol przyczyny niepełnosprawności odzwierciedlający w myśl § 32 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 2027, z zm.) rozpoznanie uszkodzenia lub choroby, która niezależnie od przyczyny jej powstania powoduje zaburzenia funkcji organizmu oraz ograniczenia w wykonywaniu czynności życiowych i aktywności społecznej osoby zainteresowanej lub dziecka.

Dla oznaczenia w orzeczeniu kategorii diagnostycznej odzwierciedlającej rozpoznanie stanu chorobowego powodującego niepełnosprawność albo stopień niepełnosprawności w § 32 ust. 2 wskazanego rozporządzenia wprowadzony został alfanumeryczny system oznaczania klas zaburzeń, w ramach którego każdy symbol przyczyny niepełnosprawności oznaczony został dwiema cyframi oraz dużą literą alfabetu.

Postulowane w treści petycji rozwiązanie polegające na wpisaniu na wniosek strony postępowania, obok symbolu przyczyny niepełnosprawności kodu z listy Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych odpowiadającemu zdiagnozowanej u osoby orzekanej chorobie lub zaburzeniu w celu ułatwienia pracownikowi

urzędu pracy skierowania osoby niepełnosprawnej na szkolenie lub do odpowiedniego zatrudnienia nie znajduje uzasadnienia.

Dziesiąta Rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) została wprowadzona przez Światową Organizację Zdrowia, aby uporządkować zbiór chorób i zaburzeń oraz ujednoznaczyć ich rozpoznawanie. Znajduje ona przede wszystkim zastosowanie w postępowaniu diagnostycznym, celem którego jest takie rozpoznanie stanu klinicznego pacjenta, które ułatwia właściwe leczenie. Celem wskazanej klasyfikacji jest dostarczenie uzasadnionych empirycznie, praktycznych i teoretycznie znaczących ram ukierunkowujących proces diagnostyczny.

W kontekście powyższego niezrozumiałe jest oczekiwanie, aby skierowanie osoby niepełnosprawnej do pracy albo na szkolenie zawodowe dokonywane było w oparciu o główną klasyfikację trzy- i czteroznakową, w szczególności, że dla innych celów została opracowana i czemu innemu służy. Nie bez znaczenia jest również fakt, że posługiwanie się Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych wymaga posiadania specjalistycznej wiedzy z zakresu nauk medycznych.

Zawarty w petycji postulat odnośnie wprowadzenia w orzeczeniach o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności oraz wskazaniach do ulg i uprawnień odrębnych „kodów” w przypadku rozpoznanej u osoby niepełnosprawnej choroby przewlekłej również nie znajduje uzasadnienia. Zgodnie z definicją Komisji Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia przez chorobę przewlekłą należy rozumieć wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki.

W przypadku, gdy choroba przewlekła skutkuje powstaniem u osoby orzekanej niepełnosprawności i rokowania odnośnie poprawy stanu zdrowia i ograniczeń funkcjonalnych są niepomyślne, to stopień niepełnosprawności osoby zainteresowanej orzeka się na stałe, a niepełnosprawność dziecka do ukończenia przez dziecko 16 roku życia ( § 3 ust. 5 i 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2015 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności stopień niepełnosprawności osoby orzekanej). Zatem informacja o tym, że niepełnosprawność

*niepodlega*

POLSKA  
STULECIE ODZYSKANIA  
NIEPODLEGŁOŚCI

spowodowana została chorobą przewlekłą zawarta jest w treści orzeczenia i nie wymaga dodatkowego potwierdzenia przez wprowadzenie odrębnego symbolu to potwierdzającego.

Wprowadzenie odrębnej definicji „choroba zawodu” obok zawartej w art. 235<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.) definicji choroby zawodowej jest całkowicie niezrozumiałe, jak również wprowadzenie dodatkowego „kodu” dla tych chorób w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności. Etiologia choroby nie ma wpływu na skierowanie osoby niepełnosprawnej do pracy. Bez znaczenia bowiem dla oceny zdolności do pracy w określonych warunkach środowiska i na określonym stanowisku jest to, czy choroba ma charakter wrodzony, czy też powstała w wyniku narażenia na działanie szkodliwych czynników występujących w środowisku pracy.

Olgierd Podgórski  
Dyrektor Departamentu Polityki Rodzinnej

*/-podpisano cyfrowo/*

*niepodległa*

POLSKA  
STULECIE ODZYSKANIA  
NIEPODLEGŁOŚCI