

## CHOROBY ZAKAŻNE

---

W ramach dążenia do zapewnienia każdemu konstytucyjnie gwarantowanego prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) jednym z istotnych zadań szeroko pojętej służby zdrowia jest zwalczanie i zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych, w szczególności podejmowanie aktywnych działań przeciw-epidemiologicznych. Chorobami zakaźnymi są choroby wywołane przez drobnoustroje, ich toksyczne produkty, pasożyty lub inne biologiczne czynniki chorobotwórcze, które – ze względu na charakter i sposób szerzenia się – stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi. W celu skutecznego przeciwdziałania tego rodzaju zagrożeniom art. 5 ChorZakU nakłada na wszystkie osoby przebywające na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, a więc nie tylko na obywateli polskich, obowiązek:

- 1) poddania się:
  - a) zabiegom sanitarnym,
  - b) szczepieniom ochronnym,
  - c) poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków,
  - d) badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań,
  - e) nadzorowi epidemiologicznemu,
  - f) kwarantannie,
  - g) leczeniu,
  - h) hospitalizacji,
  - i) izolacji;
- 2) zaniechania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby – jeżeli są osobami zakażonymi, chorymi na chorobę zakaźną lub nosicielami;

- 3) stosowania się do nakazów i zakazów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej służących zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych;
- 4) udzielania danych i informacji:
  - a) organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Inspekcji Weterynaryjnej, Wojskowej Inspekcji Weterynaryjnej, Inspekcji Ochrony Środowiska, jednostkom, o których mowa w art. 30 ust. 1, oraz ośrodkom referencyjnym i instytutom badawczym – niezbędnych do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi oraz zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych,
  - b) właściwym państwowym inspektorom sanitarnym – niezbędnych do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi,
  - c) organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej – niezbędnych do sprawowania nadzoru nad realizacją obowiązków, o których mowa w pkt 1–3.

I tak badaniom do celów sanitarno-epidemiologicznych podlegają osoby, które ze względu na określone okoliczności zaliczyć można do grupy zagrożonych chorobą zakaźną. Tytułem przykładu wskazać tu można kobiety w ciąży, które narażone były na zakażenie wirusem HIV, oraz noworodki przez nie urodzone, osoby, które miały kontakt z osobami zakażonymi lub materiałem zakaźnym, nosiciele i ozdrowieńcy po określonych chorobach zakaźnych, osoby wykonujące prace, przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

Z kolei powszechne, obowiązkowe szczepienia ochronne dotyczące wszystkich osób przebywających na obszarze Polski obejmują schorzenia wymienione w wykazie stanowiącym załącznik do stosownego rozporządzenia wydanego przez ministra do spraw zdrowia. Szczepienia te wykonują lekarze, felczerzy, pielęgniarki, położne i uprawnione w tym zakresie higienistki szkolne po kwalifikacyjnym badaniu lekarskim, które ma na celu wykluczenie przeciwwskazań do szczepienia. W przypadku stanu epidemii, minister do spraw zdrowia może nałożyć obowiązek szczepień ochronnych przeciw chorobom epidemiologicznym na inne osoby i inne choroby niż wymienione we wspomnianym wykazie.

Obok wspomnianych wyżej obowiązkowych szczepień w grupie osób narażonych na działanie czynników biologicznych w związku z wykonywaną przez nich pracą przeprowadza się, po uzyskaniu przez nich zgody, szczepienia ochronne przewidziane dla danego stanowiska. Wykaz takich stanowisk, określony przez ministra właściwego do spraw zdrowia uwzględnia m.in. standardy Unii Europejskiej. O rodzaju wskazanego w danym przypadku szczepienia ochronnego pracodawca ma obowiązek poinformować pracownika. Podkreślić przy tym trzeba, że te dodatkowe szczepienia poprzedzone muszą być zgodą zainteresowanej osoby, a koszty z tym związane ponosi pracodawca.

Niezależnie od obowiązkowych szczepień ustawa przewiduje możliwość przeprowadzania innych zalecanych szczepień. Minister do spraw zdrowia może w drodze obwieszczenia ogłosić wykaz zalecanych szczepień ochronnych

dla określonych grup osób z uwagi na wiek, stan zdrowia lub sytuację epidemiologiczną występującą na danym terenie.

Jednym ze sposobów zapobiegania zjawisku rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych jest wyłączenie dotkniętych określoną chorobą ze środowiska, w którym żyją. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia choroby zakaźnej właściwy inspektor sanitarny, w drodze decyzji administracyjnej, może nakazać choremu poddanie się badaniom, obowiązkowemu leczeniu, obowiązkowej hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu. Obowiązkowej hospitalizacji podlegają osoby chore na gruźlicę płuc w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie. Obowiązkową hospitalizacją objęte są ponadto osoby dotknięte jedną z dziesięciu chorób enumeratywnie wyliczonych w ChorZakU. Lekarz sprawujący opiekę nad osobą poddaną obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie ma obowiązek poinformowania tej osoby o przyczynach zastosowania tego środka. Zgoda zainteresowanego wyrażana jest w formie złożenia podpisu w dokumentacji medycznej. W przypadku braku zgody, kierownik jednostki, w której umieszczona jest osoba poddana takiemu obowiązkowi, obowiązany jest powiadomić ją o przysługującym jej prawie odwołania się do sądu w celu ustalenia legalności pozbawienia wolności. Obowiązkowej, okresowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu podlegają też osoby zdrowe, które pozostawały w styczności z chorymi na cholere, dżumę płucną, wirusowe gorączki krwotoczne. Wreszcie obowiązkowemu leczeniu ambulatoryjnemu podlegają osoby chore na gruźlicę płuc. Wypełnienie tego obowiązku polega na poddawaniu się badaniom lekarskim, badaniom diagnostycznym i stosowaniu zaleconego leczenia, z podawaniem leków włącznie.

Powiatowy (portowy) i wojewódzki inspektor sanitarny, według przypisanej im właściwości, prowadzą rejestr zachorowań na choroby zakaźne podlegające zgłoszeniu oraz dodatnich wyników badań laboratoryjnych, a także zgonów w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu choroby zakaźnej określonej w wykazie. Jednostki te sporządzają zbiorcze raporty zawierające dane liczbowe o wystąpieniu zachorowań oraz o dodatnich wynikach badań laboratoryjnych. Wszystkie raporty wojewódzki inspektor sanitarny przekazuje Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu, który na tej podstawie sporządza i publikuje raporty krajowe o zachorowaniach i zgonach na choroby zakaźne oraz o dodatnich wynikach badań laboratoryjnych. Właściwy inspektor sanitarny, po otrzymaniu zgłoszenia chorób i zakażeń podlegających rejestracji, podejmuje niezwłocznie czynności mające na celu zapobieżenie szerzeniu się tych chorób i zakażeń, a w przypadku chorób odzwierzęcych ma obowiązek powiadomienia ponadto właściwego lekarza weterynarii. W celu zapobieżenia szerzeniu się choroby zakaźnej powiatowy (portowy) inspektor sanitarny może w drodze decyzji administracyjnej wydać szereg nakazów i zakazów, jak np. nakaz wstrzymania się od wykonywania pracy lub uczęszczania do przedszkoli, szkół, nakaz przeprowadzenia dezynfekcji, zakaz korzystania z wody do picia, spożywania żywności podejrzonej o zakażenie, zakaz wstępu do pomieszczeń skażonych.

## CHOROBY ZAWODOWE

---

Stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii na obszarze województwa lub jego części ogłasza i odwołuje, w drodze rozporządzenia, wojewoda. Jeżeli ma to miejsce na obszarze przekraczającym jedno województwo, kompetencja ta przypisana jest ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Rozporządzenia są niezwłocznie ogłaszane w odpowiednim dzienniku urzędowym. W drodze takiego rozporządzenia można wprowadzić np. czasowe ograniczenie w ruchu osobowym a także funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy, zakaz obrotu i używania przedmiotów lub artykułów spożywczych, zakaz organizowania widowisk, a także nakaz poddania się określonym szczepieniom ochronnym czy udostępnienia nieruchomości, lokali lub terenów.

Zgodnie z regulami wyżej przedstawionymi, wojewoda lub właściwy minister mogą zarówno pracowników zakładów opieki zdrowotnej, jak i inne osoby skierować do pracy przy zwalczaniu epidemii. Ze względu na ryzyko zakażenia skierowaniu nie podlegają osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat, kobiety w ciąży i wychowujące dzieci w wieku do 14 lat oraz osoby niepełnosprawne. Od decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii przysługują środki odwoławcze.

Mając na uwadze potrzebę ochrony zdrowia społeczeństwa, które szczególnie zagrożone jest zarówno w sytuacji powstania epidemii, jak również w przypadkach kontaktu z chorobami zakaźnymi, dla naruszeń stosownych powinności przewidziano sankcje „wykroczeniowe”. Osoby, które wbrew ciężącemu na nich obowiązkowi nie zgłaszają przypadków zakażenia, zachorowania, podejrzenia o zakażenie, zgonu na chorobę zakaźną, a także osoby, które nie stosują się do dotyczących ich nakazów i zakazów, podlegają odpowiedzialności przewidzianej Kodeksem postępowania w sprawach o wykroczenia.

### Źródła prawa:

ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 947 ze zm.);  
rozporządzenie MZ z 18.8.2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. Nr 182, poz. 1086 ze zm.);  
ustawa z 24.8.2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 395 ze zm.).

[U.J. i M.T.]

## CHOROBY ZAWODOWE

---

Choroba zawodowa jest instytucją prawa pracy, wobec czego ustawodawca zawarł definicję legalną „choroby zawodowej” w Rozdziale VII Działu Dziesiątego KP. W rozumieniu art. 235<sup>1</sup> KP, dla uznania choroby za chorobę zawodową niezbędne jest spełnienie łączne dwóch przesłanek. Pierwsza z nich polega na stwierdzeniu, że dana choroba jest wymieniona w wykazie chorób zawodowych, druga przesłanka zaś na wystąpieniu narażenia zawodowego w rozumieniu tego przepisu. Należy zauważyć, że obecne brzmienie art. 235<sup>1</sup> KP

jest zasługą oceny dokonywanej przez Trybunał Konstytucyjny kodeksowego ujęcia tej instytucji prawnej wskutek pytania prawnego Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie dotyczące zgodności art. 237 § 1 pkt 2 i 3 KP oraz rozporządzenia RM z 30.7.2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzenia chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach (Dz.U. Nr 132, poz. 1115) z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP. W wyroku z 19.6.2008 r. (P 23/07, Dz.U. Nr 116, poz. 740, s. 6417) TK orzekł, że art. 237 § 1 pkt 2 i 3 KP w zakresie, w jakim nie określają wytycznych dotyczących treści rozporządzenia oraz rozporządzenie Rady Ministrów z 30.7.2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzenia chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach (Dz.U. Nr 132, poz. 1115) są niezgodne z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP. Wobec czego ustawodawca w 2009 r. dokonał zmian ustalając treść art. 235<sup>1</sup> KP w obecnym kształcie. Obecne brzmienie koresponduje z międzynarodowymi podstawami prawnymi w tym Konwencją Nr 121 MOP z 8.7.1964 r. dotyczącą świadczeń w razie wypadków przy pracy i chorób zawodowych (wraz z wykazem chorób zawodowych zrewidowanym w 1980 r.) oraz zaleceniem MOP Nr 194 z 20.6.2002 r. dotyczącym listy chorób zawodowych oraz rejestrowania i zgłaszania wypadków i chorób zawodowych a także zaleceniem Nr 2003/670/WE Komisji Europejskiej z 19.9.2003 r. w sprawie europejskiego wykazu chorób zawodowych.

W tym stanie prawnym o tym, jakie schorzenie wywołane pracą w warunkach zagrażających zdrowiu pracowników uznaje się za chorobę zawodową, decyduje ustawodawca, uwzględniając przy tym aktualny stan wiedzy medycznej. Ważne jest, że przesądził o konieczności wystąpienia związku pomiędzy chorobą a czynnikami szkodliwymi dla zdrowia występującymi na stanowisku pracy osoby zainteresowanej albo w związku ze sposobem wykonywania pracy (wyr. WSA w Warszawie z 12.4.2007 r., VII SA/Wa 2467/06, Legalis). Związek pomiędzy chorobą a warunkami pracy jest przez ustawodawcę i orzecznictwo interpretowany szeroko, obejmując czynniki wpływające na stan zdrowia pracownika zarówno na danym stanowisku pracy, jak i wynikające z organizacji pracy na tym stanowisku.

Choroby zawodowe są określone w rozporządzeniu Rady Ministrów z 30.6.2009 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 1367 ze zm.), które wprowadza zamknięty ich katalog obejmujący 26 jednostek (§ 1 ChorZawR). W tym stanie prawnym niedopuszczalne będzie stwierdzenie choroby zawodowej spoza tej listy, nawet jeśli istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy ustaloną chorobą a środowiskiem pracy (wyr. NSA z 9.5.2007 r., II OSK 127/07, Legalis). Katalog chorób zawodowych nie może być poszerzony w drodze wnioskowań z innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa ani poprzez specyficzne źródła prawa pracy, w szczególności w układach zbiorowych pracy (*T. Wyka*, Komentarz, s. 1288). Ustalenie zatem

wykazu chorób zawodowych rodzi doniosłe prawne skutki. Po pierwsze, wprowadza domniemanie (prawne) zawodowego pochodzenia choroby wymienionej w wykazie, po drugie, wyklucza automatycznie możliwości uznania za chorobę zawodową schorzenia niewymienionego w wykazie, bez względu na możliwy jego związek z wykonywaną pracą. Natomiast w przypadku wystąpienia zbiegu różnych czynników wpływających niekorzystnie na zdrowie pracownika, które uniemożliwiają jednoznaczne stwierdzenie, czy i jakie warunki przyczyniły się do powstania choroby, wątpliwość należy tłumaczyć na korzyść pracownika (wyr. NSA z 7.4.1982 r., II SA 372/82, ONSA 1982, Nr 1, poz. 33).

Rozpoznanie choroby zawodowej dotyczy zarówno pracownika, jak i byłego pracownika. W myśl art. 235<sup>2</sup> KP rozpoznanie choroby zawodowej może nastąpić zarówno w okresie zatrudnienia w narażeniu zawodowym albo po zakończeniu pracy w takim narażeniu, pod warunkiem wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych w okresie ustalonym w wykazie chorób zawodowych.

Postępowanie w sprawie stwierdzenia choroby zawodowej jest wieloetapowe i wielowątkowe. Można w nim wyróżnić:

- 1) etap zgłoszenia przez podmioty zobowiązane lub uprawnione podejrzenia choroby zawodowej; następnie
- 2) etap rozpoznania przez lekarza orzecznika choroby zawodowej i na koniec
- 3) etap wydania decyzji w sprawie choroby zawodowej przez właściwego inspektora sanitarnego.

Obowiązek zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej ciąży na:

- 1) pracodawcy, który u zatrudnionego u niego pracownika podejrzewa chorobę zawodową;
- 2) lekarzu, który podczas wykonywania zawodu powziął podejrzenie choroby zawodowej u pracownika.

Natomiast osobami uprawnionymi do takiego zgłoszenia są:

- 1) pracownik, który podejrzewa, że występują u niego objawy wskazujące na chorobę zawodową, przy czym pracownik zatrudniony zgłasza podejrzenie za pośrednictwem lekarza sprawującego nad nim profilaktyczną opiekę zdrowotną;
- 2) lekarz stomatolog, który w trakcie wykonywania zawodu powziął takie podejrzenie;
- 3) lekarz weterynarii, który stwierdził u pracownika mającego kontakt z chorymi zwierzętami objawy mogące nasuwać podejrzenie choroby zawodowej (art. 235 § 2<sup>1</sup> KP).

Tryb stwierdzania zapadnięcia na chorobę zawodową wszczynają właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny po otrzymaniu zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej. Kieruje on pracownika lub byłego pracownika z objawami choroby zawodowej na badania do → **lekarza orzecznika** jednostki orzeczniczej w sprawie chorób zawodowych w celu wydania stosownego orzeczenia w tej sprawie, na formularzu (G. Ślawska, Podstawy prawne, s. 11).

Zgodnie z § 5 ust. 1 ChorZawR właściwym do orzekania w zakresie chorób zawodowych jest lekarz spełniający wymagania kwalifikacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z 27.6.1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1184 ze zm.), zatrudniony w jednej z jednostek orzeczniczych I lub II stopnia. Jednostkami orzeczniczymi I stopnia są: poradnie chorób zawodowych wojewódzkich ośrodków medycyny pracy; kliniki i poradnie chorób zawodowych uniwersytetów medycznych (akademii medycznych); poradnie chorób zakaźnych wojewódzkich ośrodków medycyny pracy albo przychodnie i oddziały chorób zakaźnych poziomu wojewódzkiego – w zakresie chorób zawodowych zakaźnych i pasożytniczych oraz jednostki organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej, w których nastąpiła hospitalizacja – w zakresie rozpoznawania chorób zawodowych u pracowników hospitalizowanych z powodu wystąpienia ostrych objawów choroby (ust. 2 § 5 ChorZawR). Jednostkami orzeczniczymi II stopnia od orzeczeń wydanych przez lekarzy zatrudnionych w jednostkach orzeczniczych I stopnia są jednostki badawczo-rozwojowe w dziedzinie medycyny pracy.

W orzecznictwie i literaturze przedmiotu przyjmuje się, że orzeczenia lekarskie jednostek orzeczniczych obu stopni są opinią w rozumieniu art. 84 § 1 KPA (por. wyr. NSA z 5.11.1998 r., I SA 1200/98, niepubl.) i jako takie podlegają swobodnej ocenie dowodów. Oznacza to, że organ administracji publicznej I i II instancji, może ową opinię uznać, bądź też nie. Utrwalony w orzecznictwie Sądu Najwyższego i w doktrynie jest pogląd, że kontrola opinii biegłego powinna polegać na sprawdzeniu prawidłowości – z punktu widzenia wymagań logiki i zasad doświadczenia życiowego – rozumowania przeprowadzonego w jej uzasadnieniu (odpowiednio: wyr. SN z 3.11.1976 r., IV CR 481/76, OSNC 1977, Nr 5–6, poz. 102; wyr. SN z 15.6.1970 r., I CR 224/70, Biul. SN 1970, Nr 11, poz. 203; post. SN z 7.11.2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001, Nr 4, poz. 64), a zatem organy nie są zwolnione od obowiązku dokonania oceny takich opinii w granicach art. 80 KPA.

Decyzję w sprawie stwierdzenia choroby zawodowej albo decyzję o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej wydaje właściwy powiatowy inspektor sanitarny na podstawie zarówno opinii lekarza orzecznika, jak i innego materiału dowodowego zebranego w konkretnej sprawie. Od decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego w sprawie choroby zawodowej przysługuje stronom postępowania odwołanie do wojewódzkiego inspektora sanitarnego, za pośrednictwem państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, który wydał kwestionowaną decyzję, w terminie 14 dni od dnia otrzymania tej decyzji. Decyzja w sprawie chorób zawodowych jest decyzją organu administracji państwowej, wobec tego stronom postępowania przysługuje skarga na decyzję właściwego wojewódzkiego inspektora sanitarnego do właściwego wojewódzkiego sądu administracyjnego w terminie 30 dni od dnia otrzymania decyzji, za pośrednictwem organu administracji państwowej, który wydał zaskarżoną decyzję. Od orzeczenia wojewódzkiego sądu administracyjnego

## DODATKI DO RENT I EMERYTUR

---

przysługuje stronom postępowania skarga kasacyjna do Naczelnego Sądu Administracyjnego w terminie 30 dni od dnia otrzymania odpisu orzeczenia wraz z uzasadnieniem.

### Literatura:

- U. Jackowiak*, Wpływ choroby zawodowej na sytuację pracowniczą, *PiZS* 2006, Nr 5;  
*J. Rzepecki*, Rola i zadania ubezpieczenia wypadkowego, *PiZS* 2002, Nr 1;  
*S. Szymańska*, Kontrowersje wokół mocy wiążącej decyzji inspektora sanitarnego w sprawie choroby zawodowej, *PiZS* 1995, Nr 12;  
*G. Ślawaska*, Podstawy prawne chorób zawodowych, *Prewencja i Rehabilitacja* 2010, Nr 2;  
*T. Wyka*, *Ochrona zdrowia i życia pracownika*, Warszawa 2003;  
*T. Wyka*, Komentarz do art. 235(1) Kodeksu pracy, (red.) *K.W. Baran*, Warszawa 2016.

### Źródła prawa:

- KP;  
KPA;  
ustawa z 27.6.1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2014 r. poz. 1184 ze zm.);  
rozporządzenie RM z 30.6.2009 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 1367 ze zm.);  
rozporządzenie MZ z 18.6.2010 r. w sprawie specjalizacji lekarskich niezbędnych do wykonywania orzecznictwa w zakresie chorób zawodowych (Dz.U. Nr 110, poz. 736);  
rozporządzenie MZ z 1.8.2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 1379 ze zm.);  
Konwencja Nr 121 MOP z 8.7.1964 r. dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego (Dz.U. z 2005 r. Nr 93, poz. 775).

### Orzeczenia:

- wyr. TK z 19.6.2008 r. (P 23/07, Dz.U. Nr 116, poz. 740).

[M.T.]

## DODATKI DO RENT I EMERYTUR

---

Problematyka dodatków do rent i emerytur koncentruje się zasadniczo na dwóch zagadnieniach – rodzajach dodatków i ustaleniu ich charakteru prawnego. Zasadne wydaje się twierdzenie, że ubezpieczenie społeczne obok celu zasadniczego, jakim jest dostarczanie środków utrzymania w miejsce utraconych zarobków (świadczenie zasadnicze), realizuje równocześnie cele dodatkowe. Uwzględnia bowiem i zabezpiecza szczególne potrzeby podmiotów znajdujących się w sytuacji chronionej, związanej przykładowo z niepełnosprawnością ubezpieczonego czy osieroceniem dzieci. Przeprowadzanie przedmiotowym świadczeniom miana dodatków wskazuje na ich status jako świadczeń istniejących obok świadczeń zasadniczych. Prawo do dodatków (warunkowane spełnieniem przez zainteresowanego ustawowo określonych przesłanek) istnieje bowiem o tyle, o ile istnieje uprawnienie do świadczenia głównego. Ich przyznanie następuje na podstawie odrębnych od świadczenia zasadniczego tytułów ubezpieczeniowych.



Analiza poszczególnych dodatków pozwala, po zastosowaniu kryterium w postaci źródła finansowania świadczenia, podzielić je na dwie grupy, a mianowicie na te, które finansowane są z funduszu rentowego (art. 55 pkt 2 SystUbSpoU), ubezpieczeniowego, opartego na składkach płatników oraz na te które finansowane są z budżetu państwa. W konsekwencji te pierwsze kwalifikowane są w poczet świadczeń ubezpieczeniowych, zaś drugie – zaopatrzeniowych.

Ustawa emerytalna przewiduje możliwość uzyskania przez uprawnionych dwóch dodatków, pielęgnacyjnego mającego rekompensować zwiększone koszty związane z opieką i pielęgnacją osoby niepełnosprawnej niezdolnej do samodzielnej egzystencji oraz dla sierot zupełnych, mający na celu złagodzenie sytuacji życiowej uprawnionego wywołanej utratą obojga rodziców.

Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej po spełnieniu jednego z dwóch alternatywnie zakreślonych warunków – uznania podmiotu za niezdolny do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończenia 75. roku życia – art. 75 EmRentyFUSU. Szczególną uwagę zwraca pierwsza z przesłanek. Ustawodawca posłużył się tu koniunkcją – całkowitej niezdolności do pracy (→ **niezdolność do wykonywania pracy**) oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji (→ **ryzyko niezdolności do samodzielnej egzystencji**). Powiązanie dwóch ryzyk, ryzyka niezdolności do pracy i ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji, skutkuje tym, że osoba legitymująca się orzeczeniem o niezdolności do pracy, przy braku orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji, nie ma prawa do dodatku.

Wzajemne powiązanie ryzyk (związanie ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji z ryzykiem do niezdolności do pracy) budzi w doktrynie wątpliwości, jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że oba ryzyka w swojej istocie, stanowią byty odrębne. Ta specyficzna relacja między ryzykami uzasadnia pytanie o ich samodzielność.

Artykuł 75 EmRentyFUSU, jak wspomniano, przewiduje możliwość przyznania dodatku pielęgnacyjnego również w przypadku ukończenia przez uprawnionego 75. roku życia. Jest to przesłanka alternatywna w stosunku do całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji. Zatem podmiot nieposiadający orzeczenia o niezdolności do pracy ma prawo do dodatku z racji wieku, pod warunkiem że jest uprawniony do renty lub emerytury. W sytuacji, gdy przebywa w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje. Jeżeli jednak jego nieobecność w tego typu zakładzie trwa dłużej niż 2 tygodnie w miesiącu, zachowuje prawo do świadczenia. Ustawa nie określa sposobu liczenia wskazanego terminu 2 tygodni. Nie wiadomo zatem, czy uzasadnionym byłoby liczenie tego okresu jako okresu nieprzerwanego, czy też sumowanie poszczególnych okresów nieobecności. W praktyce jednak stosuje się metodę sumowania.

Warto zwrócić uwagę, że wskazana wyżej przesłanka opiera się jedynie na fakcie ukończenia przez uprawnionego określonego wieku. Natomiast nie uza-

leżnia nabycia prawa do dodatku od stanu zdrowia uprawnionego. Może zatem okazać się, że osoba, która ukończyła 75. rok życia, posiada orzeczoną niezdolność do samodzielnej egzystencji, ale również może okazać się, że takiego orzeczenia nie posiada z racji zachowania zdolności do samodzielnej egzystencji. W tym jednak warunku nabycia prawa do dodatku ustawodawca położył nacisk na wiek uprawnionego.

W literaturze z zakresu ubezpieczeń społecznych istotnym problemem okazało się jednak ustalenie charakteru prawnego dodatku pielęgnacyjnego.

Wylimitowanie z konstrukcji niezdolności do pracy niezdolności do samodzielnej egzystencji, a ściślej wyłączenie tego elementu z treści ryzyka niezdolności i uznanie go za byt samodzielny, rodzi pytanie o charakter świadczenia (art. 12, 13 EmRentyFUSU). Powstaje bowiem zasadnicza wątpliwość, czy uprawniony do renty, emerytury ma prawo do dodatku w sytuacji, gdy świadczenie główne uległo zawieszeniu? Jak daleko sięga przyjęta przez ustawodawcę samodzielność wskazanych wyżej ryzyk i jakie skutki wywołuje? Zdania doktryny odnośnie do tej kwestii są podzielone. Część poszukuje odpowiedzi w terminie „osoba uprawniona”, jakim posługuje się ustawodawca w art. 75 EmRentyFUSU. Przy zastosowaniu wykładni językowej z tego przepisu wyprowadza się wniosek dopuszczający możliwość pobierania świadczenia dodatkowego w przypadku, gdy świadczenie główne – emerytura lub renta – ulegnie zawieszeniu. Uzasadnienie dla tego poglądu poszukuje się w treści przepisu stanowiącego o uprawnieniu do renty lub emerytury, a nie o faktycznym poborze świadczenia. Skoro ustawodawca wiąże prawo do dodatku z istnieniem uprawnienia do świadczenia głównego, a nie z jego poborem, to zawieszenie świadczenia głównego nie może skutkować zawieszeniem prawa do dodatku. Część doktryny kwestionuje jednak wskazaną interpretację. Wątpliwości budzi bowiem stosowanie wykładni językowej terminu „osoba uprawniona” jako zbyt daleko idącej. Jej przyjęcie dopuszczałoby traktowanie dodatku pielęgnacyjnego jako świadczenia samodzielnego nie tylko w przypadku zawieszenia lub wstrzymania, lecz także w przypadku jego przyznania. W konsekwencji wystarczałoby złożenie stosownego wniosku o dodatek i wykazanie, że zainteresowany jest „uprawniony” np. do emerytury (choć nigdy jej nie pobierał i nie uzyskał statusu emeryta), by przyznać mu świadczenie. Różnica zdań między stanowiskami znajduje swoje uzasadnienie w odmiennym odczytaniu uchwały SN z 12.10.1999 r. (III ZP7/99, OSNAPiUS 2000, Nr 5, poz. 190) i jej uzasadnienia.

Drugim dodatkiem regulowanym ustawą emerytalną jest dodatek dla sierot zupełnych. Ustawodawca warunkuje nabycie prawa do dodatku od spełnienia dwóch przesłanek, sieroctwa zupełnego i uprawnienia do renty rodzinnej. Świadczenia tego nie nabędzie osoba o statusie sieroty zupełnej, nieuprawniona jednak do renty rodzinnej, jak również osoba, której nie można przypisać miana sieroty zupełnej, uprawnionej do renty rodzinnej. Warto zwrócić uwagę, że ustawa emerytalna nie precyzuje pojęcia „sierota zupełna”. Ponieważ dodatek przysługuje do renty rodzinnej świadczenia rekompensującego utratę żywiciela

rodziny (→ **ryzyko utraty żywiciela rodziny**), należy wnioskować, że chodzi tu o utratę biologiczną (śmierć) obojga rodziców. Wątpliwości co do statusu sieroty zupełnej powstają, kiedy następuje śmierć jednego z rodziców, zaś drugi z rodziców zaginął lub nie jest znany. Ponieważ ustawodawca nie określił denotacji terminu „sierota zupełna” lukę tę próbuje wypełnić orzecznictwo. W orzecznictwie sądów apelacyjnych przyjęto, że sierotą zupełną jest dziecko, którego oboje rodzice nie żyją lub gdy jedno z nich nie żyje, a drugie jest nieznane (wyr. SA w Krakowie z 13.1.1997 r., III AUr 500/96, Sł. Prac. 1997, Nr 7–8).

Kwota dodatków do rent i emerytur nie jest stała. Ich wysokość każdorazowo ogłaszana jest przez Prezesa ZUS w formie komunikatu. Oba dodatki podlegają waloryzacji przy zastosowaniu wskaźnika waloryzacyjnego (→ **wskaźnik waloryzacyjny**) emerytur i rent od miesiąca, w którym przeprowadzana jest waloryzacja. Jeżeli zainteresowany jest całkowicie niezdolny do wykonywania pracy i do samodzielnej egzystencji, a równocześnie skończył 75. rok życia przysługuje mu prawo do jednego dodatku (art. 95 ust. 1 EmRentyFUSU). W sytuacji, gdy osoba uprawniona jest do dodatku pielęgnacyjnego z ustawy emerytalnej i równocześnie spełnia przesłanki do uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego z ŚwiadRodzinU, ustawodawca wyraźnie określa, do jakiego świadczenia ma prawo zainteresowany. Zgodnie z art. 16 ust. 6 ŚwiadRodzinU, zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego.

Postępowanie w sprawie dodatków do rent lub emerytur wszczyna się na podstawie wniosku zainteresowanego (art. 116 ust. 1 EmRentyFUSU). Do wniosku powinny być dołączone dowody uzasadniające prawo do świadczenia. Zgodnie z § 15 rozporządzenia MPiPS z 11.10.2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe (Dz.U. Nr 237, poz. 1412), osoba ubiegająca się o dodatek pielęgnacyjny do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, powinna przedstawić zaświadczenie o stanie zdrowia.

W przypadku prawa do dodatku pielęgnacyjnego z racji ukończenia przez zainteresowanego 75. roku życia świadczenie to przysługuje uprawnionym w zasadzie z urzędu, przez zastosowanie systemu komputerowego wyławiającego osoby spełniające wskazaną przesłankę.

Podwyższony dodatek pielęgnacyjny, dodatek kombatancki czy dodatek za tajne nauczanie regulują odpowiednio KartaNU, ZaopatrInwalidU, jak również OKombatU. Nie są one jednak realizowane w technice ubezpieczeniowej.

#### Literatura:

- K. Antonów, M. Bartnicki*, Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Komentarz, Warszawa 2009;
- D. Ciszewska*, Charakter prawny dodatku pielęgnacyjnego, PiZS 2004, Nr 10;
- I. Jędrasik-Jankowska*, Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, Warszawa 2014;
- J. Jończyk*, Prawo zabezpieczenia społecznego, Kraków 2001;
- M. Kwiatkowska*, Dodatki do emerytur i rent, PUSiZ 2002, Nr 9.

## DODATKI DO RENT WYPADKOWYCH

---

### Źródła prawa:

art. 54 ZaopatrZInwalidU;

art. 55 SystUbSpołU;

art. 75, 76 EmRentyFUSU;

KartaNU;

OKombatU;

ŚwiadRodzinU;

rozporządzenie MPiPS z 11.01.2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe (Dz.U. Nr 237, poz. 1412).

[A.W.-Ż.]

## DODATKI DO RENT WYPADKOWYCH

---

Ustawa wypadkowa nie reguluje dodatków do rent wypadkowych. W tej mierze ustawodawca odsyła do EmRentyFUSU. W art. 19 WypadkiU przyjmuje, że zarówno dodatek pielęgnacyjny, jak również dodatek dla sieroty zupełnej przysługuje uprawnionym **na zasadach i w wysokości** określonej w ustawie emerytalnej. Odwołanie się ustawodawcy do zasad i wysokości dodatków z EmRentyFUSU uzasadnia pytanie o źródło finansowania omawianych świadczeń. Nie jest nim, jak było to w przypadku rent i emerytur, fundusz rentowy, ale fundusz wypadkowy mieszczący się – podobnie jak wyżej wskazany – w ramach FUS.

Prawo do dodatków warunkowane jest prawem do świadczeń głównych, a więc rentą z tytułu niezdolności do pracy (→ **renta z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia wypadkowego**) i rentą rodzinną z ubezpieczenia wypadkowego (→ **renta rodzinna z ubezpieczenia wypadkowego**). Zgodnie z art. 20 WypadkiU, kwota dodatków podlega waloryzacji, a terminy, jak również reguły waloryzacji, określa ustawa emerytalna.

### Źródła prawa:

art. 75, 76 EmRentyFUSU;

art. 19, 20 WypadkiU.

[A.W.-Ż.]

## EMERYTURA CZĘŚCIOWA

---

Emerytura częściowa została wprowadzona do polskiego systemu ubezpieczenia emerytalnego na mocy art. 1 pkt 7 ustawy z 11.5.2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2012 r. poz. 637). Jej celem miało być złagodzenie skutków społecznych podwyższenia wieku emerytalnego. Konstrukcja prawna emerytury częściowej odbiega od świadczeń nazywanych tak samo, a występujących w systemach emerytalnych innych państw europejskich. Pod pojęciem emerytury częściowej rozumie się tam zwykle świadczenia w niepełnym wymiarze przysługujące ubezpieczonym, którzy po osiągnięciu określonego wieku zdecydowali się ograniczyć swoją aktywność zawo-

dową, nie zaprzestając jej jednak całkowicie. W myśl art. 26b ust. 1 EmRentyFUSU emerytura częściowa przysługuje ubezpieczonym, którzy nie osiągnęli wieku emerytalnego, ale legitymują się relatywnie długim okresem ubezpieczenia oraz przekroczyli określony wiek. Okres składkowy i nieskładkowy wymagany dla nabycia prawa do emerytury częściowej wynosi 35 lat dla kobiet i 40 lat dla mężczyzn. Świadczenie to przysługuje po ukończeniu wieku wynoszącego 62 lata dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. W przypadku mężczyzn wiek uprawniający do emerytury częściowej został ustalony na poziomie podstawowego wieku emerytalnego obowiązującego ubezpieczonych płci męskiej do końca 2012 r. W związku z podwyższeniem wieku emerytalnego pierwsi mężczyźni objęci systemem emerytalnym zdefiniowanej składki spełnili warunki nabycia prawa do emerytury częściowej 1.4.2014 r. Wiek uprawniający kobiety do emerytury częściowej jest aż o 2 lata wyższy od podstawowego wieku emerytalnego obowiązującego ubezpieczone do końca 2012 r. W związku z tym pierwsze kobiety spełnią warunki nabycia prawa do emerytury częściowej dopiero 1.1.2021 r. W sytuacji, w której ustawodawca zdecydował się na podniesienie podstawowego wieku emerytalnego oraz jego ujednoczenie dla kobiet i dla mężczyzn na poziomie 67 lat (co nastąpi w 2040 r.) wątpliwości może budzić zgodność zróżnicowania stażowych i wiekowych warunków nabycia prawa do emerytury częściowej dla ubezpieczonych płci żeńskiej i męskiej oraz braku harmonogramu ujednoczania tych przesłanek z zasadą równości wyrażoną w art. 32 Konstytucji RP. Kwestia ta została rozstrzygnięta w wyr. TK z 7.5.2014 r. (K 43/12, OTK-A 2014, Nr 5, poz. 50), w którym stwierdzono, że art. 26b EmRentyFUSU w zakresie w jakim uzyskanie uprawnienia na warunkach w nim przewidzianych nie jest ograniczone terminem i przez to nie jest zharmonizowane ze zrównaniem wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, jest niezgodny nie tylko z art. 32, ale także art. 2 i 33 Konstytucji RP.

Wysokość emerytury częściowej jest obliczana przy zastosowaniu formuły zdefiniowanej składki. Podstawę jej wymiaru stanowi kwota składek na ubezpieczenie emerytalne, z uwzględnieniem waloryzacji składek zaewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego, zwaloryzowanego kapitału początkowego oraz środków zaewidencjonowanych na subkoncie. Oblicza się ją dzieląc tak rozumianą podstawę wymiaru przez średnie dalsze trwanie życia dla osób, w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego. Emerytura częściowa wynosi 50% obliczonej w ten sposób kwoty. Nie podlega ona podwyższeniu do kwoty najniższej emerytury.

Pobieranie emerytury częściowej wpływa negatywnie na wysokość przyszłej pełnej emerytury. Zgodnie z art. 25 ust. 1b EmRentyFUSU podstawę wymiaru tej emerytury pomniejsza się w takim przypadku o kwotę stanowiącą sumę kwot pobranych emerytur częściowych w wysokości przed odliczeniem zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych. Przy ustalaniu podstawy obliczenia pełnej emerytury nie uwzględnia się również kwot zwiększeń składek na ubezpieczenie emerytalne uzyskanych w wyniku waloryzacji kwartalnej przeprowadzonej w celu obliczenia emerytury częściowej.