**Uzasadnienie**

1. **POTRZEBA, CEL, ZAKRES ORAZ PROPOZYCJA ROZWIĄZAŃ**

Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych” nałożyła na Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) zadania o fundamentalnym znaczeniu dla funkcjonowania systemu ubezpieczeń społecznych w naszym kraju. Jednym z tych zadań jest dysponowanie środkami finansowymi Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS). FUS jest istotnym elementem sektora finansów publicznych. Sytuacja finansowa tego funduszu ma ogromny wpływ na cały system finansów publicznych. FUS jest funduszem deficytowym co oznacza, że bieżące wpływy ze składek na ubezpieczenia społeczne nie pokrywają wszystkich wydatków tego funduszu. Dlatego też ustawodawca przewidział, że gwarantem wypłacalności świadczeń z ubezpieczeń społecznych jest państwo. Wyrazem takich gwarancji państwa jest – przede wszystkim – corocznie planowana w ustawie budżetowej dotacja dla tego funduszu.

Celem projektu jest uporządkowanie systemu ubezpieczeń społecznych, jego racjonalizacja,   
wprowadzenie jednolitych rozwiązań w zakresie przyznawania i wypłaty świadczeń, oraz usprawnienie funkcjonowania ZUS w kontekście gospodarki finansowej oraz rozliczeń z płatnikami składek.   
Na etapie stosowania obowiązujących przepisów pojawiły się również rozbieżności interpretacyjne, które projekt eliminuje.

Niniejszy projekt przewiduje następujące zmiany w zakresie:

1. ujednolicenia zasad objęcia ubezpieczeniami społecznymi i ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz ich wypłaty;
2. ustalania prawa do świadczeń;
3. usprawnienia obsługi i uporządkowania działań płatników składek w celu stabilizacji stanów kont płatników i ubezpieczonych;
4. usprawnienia obsługi prowadzenia rozliczeń z płatnikami składek;
5. prowadzonej przez ZUS gospodarki finansowej.
6. **PROPOZYCJE ZMIAN PRZEPISÓW USTAW**
7. **Ujednolicenie zasad objęcia ubezpieczeniami wspólników jednoosobowych spółek z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, partnerskiej lub komandytowej (ustawa z dnia 13 października 1998 r.** **o systemie ubezpieczeń społecznych** – **art. 13 pkt 4, pkt 4a i 4b).**

Proponowana zmiana art. 13 jest niezbędna w związku z powstającymi wątpliwościami interpretacyjnymi w stosunku do osób prowadzących działalność będących wspólnikami spółek jawnej, komandytowej lub partnerskiej oraz jednoosobowej spółki z o.o.

W myśl art. 8 ust. 6 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej.

Zgodnie z art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, osoba prowadząca pozarolniczą działalność podlega ubezpieczeniom w okresie od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszone na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292, z późn. zm.). Biorąc pod uwagę powyższe brzmienie przepisu, należy zauważyć, że w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą samodzielnie, ustalenie momentu rozpoczęcia działalności nie stwarza problemu, jednakże ustalenie momentu objęcia ubezpieczeniami wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej, stwarza trudności. Wątpliwości wynikają z rozbieżności dat pomiędzy bycia wspólnikiem a rozpoczęciem działalności gospodarczej. Konsekwencją tego jest próba unikania przez niektórych wspólników opłacania składek na ubezpieczenia społeczne.

Dlatego też w projekcie proponuje się objęcie ubezpieczeniami wspólników jednoosobowych spółek z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, partnerskiej lub komandytowej, niezależnie od istnienia okoliczności leżących po stronie spółki np. nieistotne jest czy spółka prowadzi działalność, uzyskuje przychody, zatrudnia pracowników itd. Proponuje się uzależnienie obowiązku ubezpieczeń od statusu wspólnika, co pozwoli zniwelować ewentualne próby obejścia obowiązku ubezpieczeń społecznych i stosować jednakowe regulacje w stosunku do wszystkich ww. wspólników.

Powyższa propozycja jest zgodna z linią orzeczniczą Sądu Najwyższego oraz z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego (wyrok z dnia 25 września 2014 r., sygn. akt SK 4/12).

1. **Uproszczenie zasad podlegania dobrowolnym ubezpieczeniom, zgłaszanie do dobrowolnego ubezpieczenia po przerwie w prowadzeniu działalności, uchylenie przyczyny (opłacenie składki po terminie) przerwania „biegu” dobrowolnego ubezpieczenia (ustawy: z dnia 13 października 1998 r.** **o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1–1b, ust. 2–2a, art. 36a ust. 4, z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa – art. 6a, art. 64 ust. 3).**

Projektowana regulacja w zakresie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych zmierza do rezygnacji z instytucji ustawania z mocy ustawy dobrowolnych ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych i chorobowego na skutek nieopłacenia składek w terminie. Dotyczy to w aktualnym stanie prawnym m.in. osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych i osób wymienionych w art. 7 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (podlegających dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym pod warunkiem nieposiadania innego tytułu do tych ubezpieczeń). Projektowane regulacje zakładają, że podleganie ubezpieczeniom dobrowolnym następować będzie od dnia wskazanego na formularzu zgłoszenia do dnia wskazanego na formularzu wyrejestrowania, przy czym objęcie lub ustanie ubezpieczenia dobrowolnego będzie mogło nastąpić nie wcześniej niż odpowiednio zgłoszenie/wyrejestrowanie zostanie złożone w ZUS. W okresie od dnia przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego do dnia złożenia wniosku o wyrejestrowanie z tych ubezpieczeń składki na to ubezpieczenie będą należne i dochodzone przymusowo.

Regulacja ta odchodzi od dorozumianego przystąpienia do ubezpieczenia dokonywanego przez opłacenie składki. Jednocześnie wiąże się z podleganiem temu ubezpieczeniu nawet w przypadku opłacenia składki po terminie lub nieopłacenia jej wcale. Tak przyjęta konstrukcja ubezpieczeń w konsekwencji doprowadzi do możliwości ubiegania się o świadczenia z ubezpieczenia chorobowego również w przypadku opłacenia składek po terminie.

Dodatkowo w przypadku osób, których niezdolność do pracy zaistnieje w okresie, w którym będą miały one zaległości z tytułu składek, nowo wprowadzane regulacje umożliwią tym osobom ubieganie się o świadczenia po spłacie zadłużenia na zasadach analogicznych jak w przypadku świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego.

Zmiana ta doprowadzi do dużego uproszczenia zasad podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, zmniejszy liczbę spraw spornych oraz zmniejszy obowiązki administracyjne osób prowadzących pozarolniczą działalność. Nie będą one musiały bowiem składać już wniosków o przywrócenie terminu na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w przypadku jej nieterminowego opłacenia lub opłacenia w zaniżonej wysokości.

Na ponad 150 tys. wniosków zgłaszanych co roku o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie, zgoda wyrażana jest w ponad 92% zgłoszonych wniosków. W 2019 r. ZUS wyraził zgodę na opłacenie składki po terminie w 91,6% przypadków.

1. **Potrącanie nieopłaconych należności z tytułu składek ze świadczeń wypłacanych przez ZUS oraz potrącanie nienależnie pobranych świadczeń emerytalno-rentowych z wypłacanych przez ZUS zasiłków (ustawy: z dnia 13 października 1998 r.** **o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 24 ust. 2 i ust. 5b, 5c, 5f i 5g, z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – art. 139 ust. 1, art. 140 ust. 4 i ust. 6, art. 141 ust. 1, art. 143 i art. 144 ust. 1, z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – art. 66 i art. 66a).**

Zaproponowane zmiany mają na celu usprawnienie odzyskiwania należności z tytułu składek, ale przy zminimalizowaniu, względem zobowiązanego, kosztów dochodzenia. Oznacza to, że przy potrąceniu nie będą naliczane koszty, które są należne w egzekucji administracyjnej lub sądowej.

Zastosowanie przepisów egzekucji administracyjnej przy odzyskiwaniu należności z tytułu składek wiąże się z ponoszeniem zarówno przez zobowiązanego jak i – w określonych sytuacjach – przez wierzyciela kosztów tego postępowania. Ponieważ ZUS w ramach realizacji zadań ustawowych wypłaca świadczenia krótko i długoterminowe ze środków pozyskiwanych z Funduszy, które tworzone są z kwot wpłaconych składek, ekonomicznie uzasadniona jest możliwość potrąceń kwot nieopłaconych składek z wypłacanych przez ZUS świadczeń.

Obecnie odzyskiwanie nienależnie pobranych emerytur, rent i innych świadczeń możliwe jest jedynie w trybie egzekucyjnym, na skutek którego osoby zobowiązane do zwrotu ponoszą dodatkowo koszty egzekucyjne. Corocznie liczba tytułów egzekucyjnych skierowanych do egzekucji ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego wynosi ok. 170 tys. na kwoty od 170 mln zł do 200 mln zł. Zmiana umożliwi bezegzekucyjne potrącanie nienależnie pobranych świadczeń. Dzięki tej zmianie dochodzenie należności zostanie uproszczone i przyśpieszone, ulegną zmniejszeniu koszty obsługi postępowań.

Wprowadzenie powyższego rozwiązania nie oznacza zmniejszenia ochrony tych osób (świadczeniobiorców), gdyż potrącenia ze świadczeń dokonywane będą na zasadach przewidzianych w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, które określają rodzaje należności, które mogą podlegać potrąceniu, kolejność ich potrącania oraz w sposób szczególny zapewniają określone granice kwoty świadczenia, które nie mogą podlegać potrąceniom.

Ponadto z uwagi na to, że nienależnie pobrane świadczenia tzw. krótkoterminowe mogą być potrącane ze świadczeń długoterminowych (emerytury, renty) zmiana ujednolici tryb dochodzenia w zakresie nienależnie pobranych wszystkich świadczeń. Dotychczasowa praktyka w zakresie nienależnie pobranych świadczeń pokazała, że rozwiązanie jest skuteczne i w należyty sposób zabezpiecza interes osoby zobowiązanej.

Dodatkowo proponuje się wprowadzenie zasady zgodnie z którą, świadczeniobiorca nie otrzymywałby za ten sam okres dwóch świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Zatem osobie, która nabyła prawo do emerytury za ten sam okres, za który wypłacono jej zasiłek chorobowy po ustaniu ubezpieczenia lub świadczenie rehabilitacyjne, wypłacony zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne podlegałyby rozliczeniu z przyznawanej emerytury.

1. **Doprecyzowanie przepisów dotyczących możliwości dochodzenia nienależnie pobranych świadczeń (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 84 ust. 1–2, ust. 4 i 6).**

Doprecyzowanie przepisów art. 84 ust. 2 ustawy systemie ubezpieczeń społecznychjest niezbędne w związku z brakiem jednolitej linii orzeczniczej na poziomie Sądów w odniesieniu do nienależnie pobranego świadczenia.

Wyrok SN z dnia 8 marca 2017 r., (sygn. akt II UK 753/15), wskazuje, że w przypadku wykonywania pracy zarobkowej w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, wypłacone świadczenia nie mogą być uznane za nienależnie pobrane świadczenia, gdyż nie jest spełniona przesłanka określona w art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych tj. pouczenie świadczeniobiorcy o braku prawa do pobierania świadczeń. Natomiast z wyroku SN z dnia 26 lipca 2017 r., (sygn. akt I UK 287/16) wynika, iż mimo że świadczeniobiorca nie był pouczony o braku prawa do pobierania świadczeń, wypłacone mu świadczenie może być uznane za nienależnie pobrane, gdyż wykonując pracę w czasie zwolnienia lekarskiego świadomie wprowadził w błąd organ rentowy (art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy).

Należy zauważyć, że w przypadku wykonywania pracy zarobkowej w okresie orzeczonej niezdolności do pracy lub wykorzystywania zwolnienia od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia zachodzą przesłanki do uznania świadczeń za nienależnie pobrane na podstawie art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i w konsekwencji ZUS wydaje decyzje odmawiające prawa do zasiłku i zobowiązujące do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku. Zmiana przepisu w kierunku jego doprecyzowania pozwoli wyeliminować ryzyko różnych interpretacji.

Zmiana przepisu art. 84 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych podyktowana jest koniecznością rozszerzenia trybów dochodzenia należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń. Obecnie tego rodzaju należności mogą być dochodzone w trybie egzekucji administracyjnej, co w praktyce oznacza, że np. w przypadku prowadzenia egzekucji z nieruchomości przez komornika sądowego brak jest podstaw prawnych do przyłączenia się do egzekucji. Proponowane rozwiązanie może przyczynić się do zwiększenia skuteczności odzyskiwania należności przez ZUS.

Natomiast zmiana doprecyzująca przepis art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ma na celu, by z przepisu jednoznacznie wynikało, że dotyczy przypadków, w których przekazanie przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych spowodowało wypłacenie świadczeń, które się nie należały świadczeniobiorcy ale nie można uznać ich za świadczenia, o których mowa w art. 84 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których zobowiązana jest osoba, która je pobrała nienależnie.

Zaproponowane brzmienie jest zgodne z linią orzeczniczą Sądów[[1]](#footnote-1).

1. **Ujednolicenie zasad postępowania przy prawie do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego i chorobowego (ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – art. 8 ust. 3).**

Proponowana zmiana ma na celu ujednolicenie zapisów zawartych w art. 12 ust. 1 ustawy   
o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i art. 8 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz zasad odmowy prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego. Zgodnie z obecnym brzmieniem art. 8 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, za które ubezpieczony na podstawie odrębnych przepisów zachowuje prawo do wynagrodzenia, uposażenia, stypendium lub innego świadczenia przysługującego za czas niezdolności do pracy. Nie zostało zdefiniowane przez ustawodawcę określenie „odrębne przepisy” zatem przyjmuje się, że chodzi o akty prawodawcze powszechnie obowiązujące (ustawy, akty wykonawcze wydane na podstawie ustawy). Tymczasem zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zasiłek chorobowy nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy, w których ubezpieczony na podstawie przepisów  o wynagradzaniu zachowuje prawo do wynagrodzenia. Przez „przepisy o wynagradzaniu” rozumiane są regulacje Kodeksu pracy i przepisy szczególne odnoszące się do określonych kategorii pracowników, a także np. zapisy umów o pracę.

Różnica w brzmieniu powyższych przepisów sprowadza się do użycia sformułowania „odrębne przepisy” i „przepisy o wynagradzaniu”. Jednakże powinny być stosowane jednolite zasady postępowania i w tym celu należy dostosować brzmienie art. 8 ust. 3 ustawy wypadkowej do art. 12 ust. 1 ustawy zasiłkowej.

1. **Wprowadzenie bezgotówkowej formy wypłaty świadczeń długoterminowych (ustawa z dnia z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – art. 130 i art. 132, ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej – art. 12c oraz ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – art. 65 ust. 3)**

Bezgotówkowa forma wypłaty świadczeń jest formą bezpieczniejszą, również w kontekście pandemii –z uwagi na zmniejszone ryzyko przenoszenia bakterii i wirusów. Przelew bankowy dociera do świadczeniobiorcy szybciej niż przekaz pocztowy, jest o wiele bardziej niezawodny, a także praktycznie bezkosztowy do realizacji. Rozwiązania jakimi dysponuje sektor bankowo-finansowy tj. podstawowy rachunek płatniczy, karty płatnicze z funkcją zbliżeniową, rozwinięta sieć terminali płatniczych, płatności z wykorzystaniem smartfonów dają gwarancję bezpiecznego i szybkiego dostępu do środków finansowych. Należy zaznaczyć, że propozycja dotyczy świadczeń długoterminowych przyznawanych od 1 stycznia 2022 r. Natomiast osoby, którym świadczenie było przyznane przed dniem 1 stycznia 2022 r. będą nadal mogły korzystać z przekazywania świadczenia za pośrednictwem podmiotów prowadzących działalność w zakresie doręczania świadczeń. Ponadto wprowadzono możliwość przekazywania świadczeń, które zostały przyznane po dniu 31 grudnia 2021 r. za pośrednictwem podmiotów prowadzących działalność w zakresie doręczania świadczeń w wyjątkowych sytuacjach, po uzyskaniu zgody ZUS. Powyższe rozwiązanie, które ma charakter wyjątku od wprowadzanej reguły, jest niezbędne żeby zapewnić wypłatę świadczeń osobom uprawnionym, którzy ze względu na stan zdrowia lub sytuację osobistą, nie mogą korzystać z bezgotówkowej formy wypłaty świadczenia. Analogiczną zasadę proponuje się wprowadzić również w przypadku rent socjalnych. Propozycja przekazywania na rachunki bankowe świadczeń przyznanych od 1 stycznia 2022 r. wpłynie również na obniżenie kosztów ZUS z tytułu wypłat świadczeń.

Obecnie, wg danych ZUS 81% nowo przyznanych w 2019 r. świadczeń długoterminowych było wypłacanych na rachunki płatnicze, co oznacza, że wśród nowych świadczeniobiorców, którzy byli niedawno czynni zawodowo, posiadanie rachunku jest rozwiązaniem powszechnym i preferowanym. Obecnie procent przekazywania wszystkich długoterminowych świadczeń wypłacanych przez ZUS na rachunek płatniczy wynosi 73,1%, a w zależności od rodzaju świadczenia wynosi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Świadczenie*** | ***Liczba wypłat*** | ***Poziom ubankowienia*** |
| **Emerytury** | **6 129 049** | **76,2%** |
| **renty z tytułu niezdolności do pracy** | **695 347** | **72,6%** |
| **renty rodzinne** | **1 248 021** | **60,0%** |
| **świadczenia i zasiłki przedemerytalne** | **72 296** | **91,7%** |
| **renty socjalne** | **224 360** | **59,7%** |
| **emerytury pomostowe** | **33 639** | **93,6%** |
| **nauczycielskie świadczenia kompensacyjne** | **13 030** | **97,6%** |
| **rodzicielskie świadczenia uzupełniające samoistne** | **17 971** | **36,6%** |
| **świadczenia uzupełniające samoistne** | **25 497** | **32,7%** |

Propozycja dotyczy nowych, przyznawanych począwszy od 1 stycznia 2022 r. świadczeń emerytalno-rentowych. Patrząc na obecne wskaźniki tzw. ubankowienia, obecnie już ponad 81% przyznawanych świadczeń długoterminowych było wypłacanych na rachunki płatnicze, wprowadzenie bezgotówkowej formy wypłaty świadczeń długoterminowych w przyszłości nie powinno wpłynąć na ew. zwiększenie wysokości opłat bankowych oraz do zwiększenia obciążeń finansowych obywateli. Mimo wszystko jest to forma bezpieczniejsza, a warunki pandemii wskazują na potrzebę stosowania bezgotówkowej formy rozliczeń w większym zakresie niż dotychczasowy.

Bez zmian proponuje się pozostawić obecne regulacje przy świadczeniach krótkoterminowych (zasiłki chorobowe, macierzyńskie i opiekuńcze, świadczenia rehabilitacyjne). Obecnie 87,4% wszystkich wypłat kierowana jest na rachunek płatniczy, z tym, że w przypadku zasiłku chorobowego relacja ta wynosi 79,7%, przy zasiłku macierzyńskim 93%, zasiłku opiekuńczym 97,4% , zasiłku pogrzebowym 95,2% a przy świadczeniu rehabilitacyjnym – 85,7%.

Zgodnie z art. 86 § 3 Kodeksu pracy wypłata wynagrodzenia jest dokonywana na wskazany przez pracownika rachunek płatniczy, chyba że pracownik złożył w postaci papierowej lub elektronicznej wniosek o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych, stąd też trudno wprowadzać obowiązek wypłaty na konto w przypadku świadczeń, przyznawanych pracownikom, których wynagrodzenia są wypłacane do rąk własnych.

Proponuje się, by zarówno świadczenia długoterminowe jak i krótkoterminowe osobom zamieszkałym za granicą wypłacać w formie bezgotówkowej na wskazany przez tę osobę jego rachunek płatniczy prowadzony w kraju lub wydany w jego kraju jego instrument płatniczy albo na jego wniosek, na wskazany przez niego rachunek płatniczy prowadzony w kraju lub wydany w kraju instrument płatniczy osoby przez niego upoważnionej do odbioru świadczenia, zamieszkałej w kraju; chyba że umowy międzynarodowe stanowią inaczej.

1. **Rezygnacja z obligatoryjnego doręczania  decyzji w procesie masowym (ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników - art. 48a ust. 5; ustawa z dnia z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – art. 93 ust. 3–6, ustawa z dnia 9 stycznia 2020 r. o dodatkowym rocznym świadczeniu pieniężnym dla emerytów i rencistów dodanie art. 7a)**

Unormowania przewidują rezygnację z obligatoryjnego doręczania  decyzji, które zostały wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i organy emerytalne służb mundurowych w procesie masowym (w związku z waloryzacją lub podwyższeniem świadczeń albo zmianą ich wysokości w terminie i w ramach waloryzacji w związku ze zmianą kwot progowych decydujących o ich wysokości).

Mowa tu o decyzjach wydawanych w sprawie emerytur i rent, świadczeń pieniężnych   
i dodatków, które podlegają waloryzacji lub podwyższeniu w ramach waloryzacji na zasadach wynikających z ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub z ustawy szczególnej, jeżeli w danym roku kalendarzowym zasady dotyczące waloryzacji i podwyższenia świadczeń zostały przewidziane w odrębnych przepisach. Regulacja dotyczy także decyzji wydawanych w sprawie świadczeń, które podlegają podwyższeniu w terminie waloryzacji w związku ze zmianą kwoty świadczeń najniższych np. rent socjalnych oraz świadczeń, których wysokość podlega ponownemu ustaleniu w związku ze zmianą kwot progowych, jak to ma miejsce np. w przypadku świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Rezygnacja z obligatoryjnego doręczania decyzji w ramach waloryzacji dotyczyć będzie następujących świadczeń i kwot granicznych uprawniających do:

1. świadczeń z ubezpieczenia emerytalno-rentowego, o których mowa w art. 18 pkt 1–4 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2020 r. poz. 174, z późn. zm.),
2. świadczeń, o których mowa w art. 2 pkt 1 lit. a–c ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2020 r. poz. 586);
3. świadczeń, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 lit. a–c, oraz miesięczne kwoty, o których mowa w art. 15c ust. 3, art. 22a ust. 3 i art. 24a ust. 2 ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2020 r. poz. 723);
4. emerytur i rent, o których mowa w art. 3 pkt 1–3 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, z późn. zm.),
5. świadczeń, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 6–8 oraz art. 49, art. 50 i art. 52 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1205),
6. świadczeń przedemerytalnych i zasiłków przedemerytalnych, o których mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1725),
7. okresowych emerytur kapitałowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o emeryturach kapitałowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 926),
8. emerytur, o których mowa w art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1924),
9. świadczeń, o którym mowa w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 128),
10. rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, o którym mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. poz. 303),
11. kwoty granicznej uprawniającej do przyznania świadczenia wyrównawczego, o którym mowa w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 319 i 1578),
12. miesięcznego progu wysokości otrzymywanych świadczeń, uprawniającego do świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, o którym mowa w ustawie z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1936),
13. dodatku pieniężnego, o którym mowa w art. 12a ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2020 r. poz. 1790);
14. dodatku, o którym mowa w art. 90 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2019 r. poz. 2215);
15. dodatku, o którym mowa w art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2020 r. poz. 517);
16. świadczenia pieniężnego, o którym mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych (Dz. U. z 2020 r. poz. 619);
17. świadczenia pieniężnego, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 31 maja 1996 r. o osobach deportowanych do pracy przymusowej oraz osadzonych w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (Dz. U. z 2019 r. poz. 1168);
18. świadczeń, o których mowa w ustawie z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach (Dz.U. z 2020 r. poz. 984);
19. świadczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 27 czerwca 2003 r o rencie socjalnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1300);
20. świadczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 16 listopada 2006 r o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz.U. z 2020 r. poz. 684);
21. świadczeń, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. z 2020 r. poz. 2055);
22. okresowej emerytury rolniczej, o której mowa w art. 15 ustawy z dnia 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 637 oraz z 2017 r. poz. 38);

a także

w zakresie podstawy wymiaru renty inwalidzkiej, o której mowa w ustawie o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2020 r. poz. 1790).

Analogiczna regulacja dotyczy decyzji wydawanych w sprawie przyznania dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego, o którym mowa w ustawie  z dnia 9 stycznia 2020 r. o dodatkowym rocznym świadczeniu pieniężnym dla emerytów i rencistów.

We wszystkich wymienionych przypadkach decyzje były dotychczas doręczane z urzędu  wszystkim osobom uprawnionym.

Należy podkreślić, że w wyniku waloryzacji następuje podwyższenie świadczeń według jednolitych zasad przewidzianych dla danego rodzaju świadczenia. Decyzja waloryzacyjna jest decyzją techniczną, odzwierciedlającą jednolity mechanizm waloryzacji przewidziany dla danej grupy świadczeniobiorców (uprawnionych do danego rodzaju świadczenia). W sprawach tych postępowanie jest szczątkowe – sprowadza się wyłącznie do ustalenia kwoty i rodzaju świadczenia podlegającego waloryzacji, a następnie zastosowania ustawowego mechanizmu waloryzacji. Techniczny charakter tej decyzji odróżnia ją od innych decyzji wydawanych w sprawach świadczeń, tj. decyzji dotyczących przyznania świadczeń i ustalenia ich wysokości, na kształt których wpływają bardzo zindywidualizowane przesłanki odnoszące się do konkretnego świadczeniobiorcy, takie jak wiek, data zgłoszenia wniosku, liczba udowodnionych okresów składkowych i nieskładkowych, czy też wysokość zarobków i odprowadzanych składek, od których uzależniona jest podstawa obliczenia świadczenia. Z kolei w przypadku dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego wszystkie osoby uprawnione otrzymują je w jednakowej ryczałtowej wysokości. Także i w tym przypadku nie zachodzi obawa, że osoba uprawniona będzie miała wątpliwości co do prawidłowej wysokości otrzymanego świadczenia, gdyż wysokość ta nie jest uzależniona od wskazanych wyżej zindywidualizowanych przesłanek odnoszących się do poszczególnych świadczeniobiorców.

Należy też wskazać, że corocznie, w okresie wyprzedzającym termin waloryzacji, przeprowadzana jest w szczególności przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, jako jednostki wydającej najwięcej decyzji, szeroko zakrojona kampania informacyjna, dotycząca zarówno mechanizmu waloryzacji, jak i możliwej podwyżki świadczeń z tytułu waloryzacji oraz wypłaty tzw. 13 emerytury. W celu dotarcia do szerokiego grona odbiorców i osiągnięcia pożądanego skutku akcji informacyjnej, w ramach działań informacyjno-promocyjnych wykorzystuje się elektroniczne i tradycyjne środki przekazu, dostosowane do potrzeb i uwarunkowań różnych grup klientów. Kampania prowadzona jest poprzez rozpowszechnianie informacji w środkach przekazu medialnego (prasa, radio, telewizja). Komunikaty są także publikowane w elektronicznych kanałach informacyjnych na stronach internetowych oraz implementowane w narzędziu IVR w formie krótkich informacji przeznaczonych dla osób oczekujących na połączenie z konsultantem Centrum Obsługi Telefonicznej. Aktualne treści są eksponowane także na ekranach multimedialnych na Salach Obsługi Klienta. Opracowane materiały są zgodne z zasadami prostego języka oraz dostosowane do międzynarodowych standardów dostępności serwisów internetowych (WCAG), dzięki czemu są czytelne dla osób z niepełnosprawnością.

Niezależnie od powyższego, szczegółową informację w zakresie zasad waloryzacji w odniesieniu do przysługującego danej osobie świadczenia można również uzyskać w terenowej jednostce organizacyjnej ZUS, KRUS, organów emerytalno-rentowych służb mundurowych czy też za pośrednictwem infolinii.

Jednocześnie należy podkreślić, że w zależności od rodzaju i wysokości świadczenia, a także posiadania ewentualnego uprawnienia do innego jeszcze świadczenia, mechanizm i wynik przeprowadzonej waloryzacji jest zróżnicowany w odniesieniu do każdej z grup świadczeniobiorców. W związku z tym nie jest możliwe ujęcie wszystkich niezbędnych w tym zakresie informacji w bardziej zinstytucjonalizowanej formie mającej swe źródło w umocowaniu ustawowym.

Stąd też, szczególnie w dobie konieczności ograniczania kosztów administracyjnych związanych z obsługą świadczeń, uzasadniona jest rezygnacja z dotychczasowej zasady doręczania ww. decyzji z urzędu i przyjęcie zasady domniemanego ich doręczenia.

Łączna liczba decyzji, jaką np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych musi wydrukować w przypadku waloryzacji wszystkich świadczeń oraz przyznania i wypłaty dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego wynosi (według danych za 2020 rok) ok. 17 mln sztuk.

Rezygnacja z doręczania decyzji wydawanych w ramach tych dwóch akcji, oznacza oszczędności dla organów, które dysponują publicznymi środkami pieniężnymi. Ma to istotne znaczenie szczególnie w okresie wzmożonych wydatków publicznych związanych ze stanem epidemii. Według danych za 2020 r. łączne koszty związane z wydrukowaniem przez ZUS 17 mln decyzji i ich wysyłką wynoszą ok. 11,7 mln zł. Szacunkowe koszty wysyłki decyzji waloryzacyjnych KRUS i decyzji w sprawie dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego wynoszą 2,8 mln zł, przy założeniu że obydwie decyzje wysłane zostaną w jednej kopercie. W sytuacji odrębnego wysyłania decyzji koszty ulegną podwojeniu. Przyjęcie projektowanego rozwiązania pozwoli znacznie ograniczyć tego typu koszty. Należy bowiem założyć, że jedynie pewna część świadczeniobiorców będzie faktycznie zainteresowana otrzymaniem ww. decyzji.

Rezygnacja z obligatoryjnego doręczania decyzji nie oznacza, że decyzje te nie będą wydawane, a świadczeniobiorcy będą pozbawieni możliwości ich otrzymania. W związku z tym, że doręczenie decyzji, jako istotny element jawności wewnętrznej postępowania, niewątpliwie należy do konstytucyjnie chronionych wartości, przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym decyzja będzie doręczana na wniosek osoby uprawnionej. Wniosek taki będzie można złożyć do dnia 29 listopada każdego roku. W przypadku niezłożenia wniosku w wyznaczonym terminie przyjęto, że za dzień doręczenia decyzji uważa się dzień 30 listopada roku kalendarzowego. Oznacza to, że z dniem 30 listopada roku kalendarzowego następują skutki prawne, jakie przepisy prawa wiążą z doręczeniem decyzji, w tym bieg terminu na odwołanie. Decyzja zawsze traktowana będzie jako doręczona, gdyż z jednej strony osoba uprawniona może złożyć wniosek o jej doręczenie, wówczas doręczenie decyzji nastąpi zgodnie z wnioskiem świadczeniobiorcy w dogodnej dla niego formie, np. za pośrednictwem poczty. Z drugiej zaś strony, gdy taka osoba nie złoży wniosku, za dzień doręczenia zostanie przyjęty dzień 30 listopada danego roku kalendarzowego, w którym była waloryzacja i wypłata dodatkowego rocznego świadczenia, tj. tzw. 13 emerytury. Należy dodatkowo wskazać, że w przypadku Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do pomocy w sprawach emerytalnych i rentowych powołano ok. 900 doradców emerytalnych. Służą oni pomocą zarówno osobom ubiegającym się o świadczenia emerytalno-rentowe, jak również w czasie jednorazowych akcji związanych z corocznym podwyższaniem świadczeń w ramach waloryzacji czy też z wypłatą tzw. 13 emerytury. Powołanie doradców emerytalnych w oddziałach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, którzy zapewniają fachową i rzetelną pomoc jest wyrazem pełnienia wobec obywatela służebnej roli i podkreśla znaczenie prawa do dobrej administracji, co również niejednokrotnie podkreślał Trybunał Konstytucyjny.

Proponowane rozwiązanie nie będzie miało wpływu na wypłatę świadczenia w wysokości ustalonej w wyniku waloryzacji/na wypłatę dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego. Świadczenie to będzie wypłacane w nowej wysokości/wypłacone zostanie dodatkowe roczne świadczenie pieniężne niezależnie od tego, czy decyzja została doręczona świadczeniobiorcy.

Z uwagi na prosty mechanizm waloryzacji i jednakową kwotę dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego można przyjąć, że świadczeniobiorcy nie są w takim stopniu zainteresowani otrzymaniem decyzji w tych sprawach, jak w przypadku innych otrzymywanych decyzji, wydawanych np. w wyniku zgłoszenia wniosku o ponowne obliczenie świadczenia. Informację o wzroście kwoty świadczenia w wyniku waloryzacji, a także o kwocie dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego osoby uprawnione otrzymują na przelewie/przekazie pocztowym.

Należy także podkreślić, że z danych będących w posiadaniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, iż odwołania od decyzji waloryzacyjnych doręczanych na zasadach dotychczasowych zgłaszane są w pojedynczych sprawach. W latach 2015, 2016, 2017 i 2018 wniesiono po jednym odwołaniu. W latach 2019 i 2020 nie zostało wniesione odwołanie w żadnej ze spraw dotyczących waloryzacji. Analogiczna sytuacja dotyczy decyzji wydawanych w sprawie dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego.

W projektowanym stanie prawnym, pomimo tak niewielkiego zainteresowania odwołaniem od decyzji wydawanych w sprawie waloryzacji świadczeń oraz w sprawie przyznania dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego prawo do wniesienia odwołania od tych decyzji zostanie, dla wszystkich osób uprawnionych, zachowane. Osoby, które nie zgodzą się z wysokością zwaloryzowanego świadczenia lub wysokością kwoty dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego, nie zostaną pozbawione możliwości wniesienia odwołania od decyzji, którą będą mogły otrzymać na wniosek.

Decyzje dotyczące waloryzacji świadczeń wydaje się w marcu danego roku, a zwaloryzowane świadczenia wypłaca w marcowych terminach płatności, z wyjątkiem świadczeń i zasiłków przedemerytalnych, dla których decyzje waloryzacyjne wydawane są w kwietniu danego roku. Nie zachodzi zatem obawa, że decyzja waloryzacyjna zostanie wydana w kolejnych miesiącach roku, czy też nawet przed końcem danego roku kalendarzowego i tym samym faktycznie pozbawi osoby uprawnione możliwości złożenia odwołania od tej decyzji. Taka sama gwarancja dotyczy dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego (tzw. 13 emerytury), które przyznawane jest dla wszystkich świadczeniobiorców w kwietniu danego roku i decyzja w tej sprawie wydawana jest również w tym miesiącu.

W przypadku przyjęcia rozwiązań prawnych w przedmiocie rezygnacji z obligatoryjnego doręczania decyzji waloryzacyjnych oraz decyzji w przedmiocie tzw. 13 emerytury, za pośrednictwem środków masowego przekazu zainteresowani zostaną poinformowani o rozpoczęciu oraz zakończeniu procesu wydawania ww. decyzji. Dzięki temu adresaci decyzji waloryzacyjnych uzyskają informację, że ich decyzje zostały wydane, wobec czego mogą wnioskować do organu emerytalno-rentowego o ich doręczenie. Dodatkowo w ZUS również pomocą służyć będą doradcy emerytalni .

Ponadto sam fakt podjęcia bieżącej wypłaty świadczeń w wysokości wyższej niż dotychczasowa oraz wypłata dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego będzie stanowił dla świadczeniobiorców informację o wydaniu decyzji, o których mowa w projektowanych przepisach.

Należy podkreślić, że Trybunał Konstytucyjny niejednokrotnie stwierdził, że do ustawodawcy należy wybór rozwiązań, które uważa za optymalne z punktu widzenia potrzeb obywateli oraz wymogów ekonomicznego rozwoju kraju. W dziedzinie kształtowania praw socjalnych, Konstytucja pozostawia ustawodawcy szeroki margines działania, a sposób wykorzystania tego marginesu nie może pozostawać bez związku z aktualnym stanem finansów państwa. Swoboda ustawodawcy nie jest jednak nieograniczona. Określając zakres prawa do zabezpieczenia społecznego, ustawa nie może naruszyć istoty danego prawa, która określa jego tożsamość. W przypadku rezygnacji z obligatoryjnego doręczania decyzji, nie jest naruszona istota waloryzacji, ani prawo do tzw. 13 emerytury. Świadczenie zostanie podwyższone ustawowo, tzw. 13 emerytura wypłacona, a zainteresowany może złożyć wniosek o doręczenie decyzji waloryzacyjnej lub przyznającej tzw. 13 emeryturę, w określonych ustawowo warunkach.

Prawodawca ma konstytucyjną możliwość, a niekiedy nawet obowiązek, dokonania doraźnej, obowiązującej w określonych ramach czasowych, zmiany obowiązujących przepisów – jeżeli jest to reakcja na szczególne okoliczności związane ze zmieniającymi się uwarunkowaniami społecznymi, gospodarczymi i politycznymi. W każdym jednak wypadku ustawodawca musi respektować normy, zasady i wartości konstytucyjne. Ponadto regulacje mogą być stanowione, gdy nie ma innych, mniej uciążliwych środków do osiągnięcia określonych celów.

Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku rezygnacji z masowej wysyłki zarówno decyzji waloryzacyjnych, jak i decyzji przyznających tzw. 13 emeryturę, co szczególnie jest ważne, a nawet wskazane w warunkach panującej pandemii COVID-19. Dodatkowo, przyczyni się do bardziej ekonomicznego wydawania środków, mając na względzie stabilność finansów publicznych.

Niezależnie od powyższego należy podnieść kwestię automatyzacji procesu przyznawania świadczeń, w szczególności w odniesieniu do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który wydaje największą liczbę decyzji oraz jest najbardziej zinformatyzowany wśród organów rentowych. Priorytetowym celem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na najbliższe lata jest automatyzacja procesu przyznawania świadczeń, w którą wpisuje się również elektronizacja komunikacji z Klientami Zakładu, w tym również z osobami uprawnionymi do świadczeń emerytalno–rentowych. Już obecnie komunikacja ta w pewnym stopniu odbywa się za pośrednictwem Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS), która cały czas jest udoskonalana i rozszerzana o nowe funkcjonalności. Planuje się, aby w najbliższej przyszłości, znaczna część świadczeniobiorców mogła otrzymywać decyzje wydawane w procesie masowym (np. decyzje waloryzacyjne) za pośrednictwem PUE ZUS. Rozwiązanie to pozwoli na ograniczenie kosztu wydruku i wysyłki tych decyzji przy jednoczesnej możliwości zapoznania się z ich treścią. Wdrożenie tego rozwiązania, ze względu na ograniczenia techniczne, spowodowane dodatkowymi zadaniami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych związanymi ze wsparciem pracodawców i ubezpieczonych w okresie pandemii COVID-19, planuje się na rok 2022 r. Planuje się tym samym, że projektowane rozwiązania, w odniesieniu do znacznej części świadczeniobiorców, będą miały charakter przejściowy. W wyniku wdrożenia wskazanej wyżej funkcjonalności PUE ZUS, jedynie ci świadczeniobiorcy, którzy nie będą mieli założonego profilu na tej platformie, również w kolejnych latach będą otrzymywać na wniosek decyzje w sprawach waloryzacji świadczenia oraz decyzje w sprawie przyznania dodatkowego rocznego świadczenia pieniężnego w tradycyjnej formie papierowej.

1. **Zwiększenie zakresu ochrony rentowej osób, które stały się całkowicie niezdolne do pracy w okresie pobierania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub zasiłku dla opiekuna, bądź po ustaniu prawa do tych świadczeń (ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – art. 57 i art. 58).**

Obecnie za osoby pobierające ww. świadczenia opiekuńcze wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości danego świadczenia, przez okres niezbędny do spełnienia przez te osoby warunków do uzyskania najniższej emerytury. Warunkiem uzyskania prawa do tej emerytury jest posiadanie okresu ubezpieczenia wynoszącego 25 lat składkowych i nieskładkowych w przypadku mężczyzn oraz 20 lat w przypadku kobiet. Po uzyskaniu przez osoby pobierające świadczenia opiekuńcze wymaganego stażu ubezpieczeniowego obowiązek ich ubezpieczenia ustaje. Oznacza to, że osoby te wraz ze spełnieniem warunków do uzyskania najniższej emerytury zostają pozbawione ochrony ubezpieczeniowej.

Powyższe rzutuje negatywnie na sytuację osób pobierających świadczenia opiekuńcze w przypadku, gdy w okresie poza ochroną staną się one niezdolne do pracy. Ustawodawca przewidział bowiem, że nabycie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy jest ściśle powiązane z faktem pozostawania w ubezpieczeniu – ubiegający się o to świadczenie muszą bowiem wykazać, że w ostatnim dziesięcioleciu przed zgłoszeniem wniosku o rentę lub przed dniem powstania niezdolności do pracy posiadają określony staż ubezpieczeniowy oraz że niezdolność do pracy powstała, co do zasady, w okresie ubezpieczenia lub nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tego okresu. Projektowana zmiana przewiduje uzupełnienie katalogu okresów, w których może powstać niezdolność do pracy o okresy pobierania świadczeń opiekuńczych także w sytuacji, gdy nie było obowiązku opłacania za nie składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Umożliwi to osobom uprawnionym ubieganie się o rentę z tytułu niezdolności do pracy w przypadku, gdy niezdolność do pracy powstała w okresach pobierania świadczeń opiekuńczych, za które nie było obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

1. **Inny sposób waloryzacji składek oraz kapitału początkowego dla osób, które wystąpią o emeryturę w czerwcu (ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – art. 25a).**

Wysokość emerytury, ustalonej wg nowych zasad wymiaru, określonych w art. 26 ustawy emerytalnej, stanowi kwota będąca wynikiem podzielenia podstawy obliczenia przez średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku osoby przechodzącej na emeryturę. Podstawą obliczenia jest suma kwot zwaloryzowanych składek na ubezpieczenie emerytalne zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego po 31 grudnia 1998 r. i kapitału początkowego, obliczonego za okres ubezpieczenia przed 1999 r. Do podstawy obliczenia emerytury dla osoby, która była członkiem otwartego funduszu emerytalnego, wlicza się ponadto zwaloryzowane środki zewidencjonowane na tzw. subkoncie. Czynnikiem, który determinuje wysokość emerytury – oprócz wydłużenia aktywności zawodowej – jest sposób waloryzacji składek emerytalnych oraz kapitału początkowego, stanowiących podstawę obliczenia emerytury. Waloryzację przeprowadza się systemem rocznym do czasu, gdy ubezpieczony zgłosi wniosek o emeryturę. W przypadku ustalania wysokości emerytury w okresie od stycznia do maja i od lipca do grudnia danego roku, składki zapisane na koncie ubezpieczonego po 31 stycznia roku, za który przeprowadzono ostatnią waloryzację roczną, podlegają dodatkowo również waloryzacjom kwartalnym. Natomiast w przypadku ustalania wysokości emerytury w czerwcu danego roku kwota składek poddana ostatniej waloryzacji rocznej nie podlega dodatkowym waloryzacjom kwartalnym, gdyż została już zwaloryzowana rocznie za poprzedni rok od 1 czerwca roku, w którym zgłoszono wniosek o emeryturę. W konsekwencji, przejście na emeryturę w czerwcu może być mniej korzystne niż w pozostałych miesiącach II kwartału danego roku.

Proponuje się, by na stałe wprowadzić rozwiązanie wprowadzone na 2020 r. dotyczące zasad ustalania wysokości nowych emerytur przyznanych w czerwcu, począwszy od 2021 r., w tym waloryzacji kapitału początkowego i składek zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego, w taki sam sposób, jak przy ustalaniu wysokości emerytury w maju bieżącego roku, jeżeli jest to korzystniejsze dla ubezpieczonego.

1. **Ujednolicenie przepisów w zakresie przeliczania emerytur z tzw. starego i nowego systemu - emerytów kontynuujących aktywność zawodową i rozliczania świadczeń oraz ujednolicenie zasad udostępniania danych i dokumentów niezbędnych do ustalania prawa do świadczeń i ich wysokości albo potwierdzania istnienia do nich prawa w systemie pracowniczym i zaopatrzeniowym (ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – art. 109, 110, 110a, 112, 113 i art. 122 oraz ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych – art. 28 ust. 3)**

W projekcie proponuje się uchylenie przepisów art. 110 i 110a. Powyższe zmiany mają charakter porządkujący i ujednolicają zasady przeliczania emerytur z tzw. starego (zdefiniowane świadczenie) i nowego systemu (zdefiniowana składka) dotyczące emerytów kontynuujących aktywność zawodową. W nowym systemie tzw. zdefiniowanej składki, w przypadku pracującego emeryta świadczenie jest powiększane o kwotę wynikającą z podzielenia składek zewidencjonowanych na jego indywidualnym koncie w ZUS, po dacie przyznania świadczenia przez dalsze trwanie życia w dniu złożenia wniosku o przeliczenie emerytury. Po wprowadzeniu zaproponowanej zmiany, w tzw. starym systemie tj. systemie zdefiniowanego świadczenia, emerytury będą podwyższane z tytułu kontynuowania aktywności zawodowej poprzez doliczenie po 1,3% z tytułu każdego roku składkowego, a więc analogicznie jak emerytury w nowym systemie o określony parametr, służący do obliczania świadczeń.

Powyższe propozycje mają na celu ujednolicenie zasad przeliczania świadczeń w starym   
i nowym systemie, wprowadzając równe traktowanie w tym zakresie obu grup pracujących emerytów i nie stawiając żadnej z tych grup w sytuacji uprzywilejowanej, jak to ma miejsce obecnie. Obecnie kontynuowanie aktywności zawodowej przez emeryta z tzw. starego systemu stawia go w uprzywilejowanej sytuacji nie tylko w stosunku do emerytów z tzw. nowego systemu lecz również w stosunku do pracujących rencistów, których świadczenie ze względu na wysokość osiąganych zarobków jest zmniejszane lub zawieszane. Możliwość osiągania zarobków bez konsekwencji w wysokości pobieranej emerytury sprzyja sytuacji obliczania na nowo emerytury z tzw. starego systemu, przy zastosowaniu nowej obowiązującej w momencie złożenia wniosku, kwoty bazowej, co znacznie podwyższa wysokość świadczenia. Mimo pobierania przez długi okres świadczenia, emeryturę oblicza się ponownie. Obecna preferencja nie jest zasadna i sprawiedliwa społecznie, stąd propozycja uchylenia art. 110.

Przepis art. 110a, który wszedł w życie z dniem 1 maja 2015 r. miał charakter przejściowy   
i osoby, które chciały z niego skorzystać, już to zrobiły. Przepis ten ma również charakter incydentalny, jednorazowy, więc dalsze utrzymywanie przepisu jest zbyteczne. Stąd propozycja jego uchylenia.

Przepis art. 109 ma charakter porządkujący, ze względu na uchylenie art. 110 i 110a.

Zmiana art. 112 ma również charakter porządkujący. Pracujący emeryt w czasie choroby pobiera wynagrodzenie za czas choroby lub zasiłek chorobowy (od 15 dnia choroby w roku kalendarzowym), od których nie są odprowadzane składki. Proponuje się, by okres ten, analogicznie jak w nowym systemie, nie miał wpływu na wysokość pobieranego świadczenia.

Proponuje się również ujednolicenie przepisów w zakresie częstotliwości zgłaszania wniosków o ponowne ustalenie wysokości świadczenia przez emerytów kontynuujących aktywność zawodową. Obecnie w starym systemie emerytalnym, emeryt lub rencista wykonujący pracę zarobkową i z tego tytułu podlegający ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu, może zgłosić wniosek o ponowne ustalenie wysokości świadczenia z doliczeniem okresów składkowych lub nieskładkowych nie wcześniej niż po zakończeniu kwartału kalendarzowego, a zatem 4 razy w roku. W projektowanych przepisach proponuje się modyfikację przepisu art. 113 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych polegającą na ograniczeniu możliwości składania wniosku do 1 razu w roku. Tym samym, w przypadku kontynuowaniu zatrudnienia, wniosek o przeliczenie świadczenia będzie można złożyć po upływie roku kalendarzowego. Spowoduje to zrównanie przepisów w tym zakresie w starym i nowym systemie emerytalnym.

Nowe brzmienie art. 122, przewidujące możliwość bezpłatnego pozyskiwania drogą elektroniczną informacji niezbędnych do ustalenia prawa do świadczeń lub ich wysokości albo do potwierdzenia istnienia prawa do świadczeń od organów emerytalnych lub rentowych oraz z rejestrów publicznych, w tym m.in. z systemu informacji oświatowej oraz ogólnopolskiego wykazu studentów i ogólnopolskiego wykazu doktorantów jest analogiczne do obecnych zasad, które funkcjonują w przypadku organów rentowych tzw. służb mundurowych i ujednolica obecnie funkcjonujące zasady w przypadku wszystkich świadczeniobiorców, bez względu na to, czy pobierają świadczenia na podstawie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych czy też ustaw regulujących zaopatrzenie tzw. służb mundurowych.

Natomiast zmiana zaproponowana w dodanym ust. 3 w art. 28 ustawy o emeryturach pomostowych umożliwi rozliczenie świadczeń w przypadku, gdy następuje zbieg emerytury pomostowej i renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinnej czy uposażenia w stanie spoczynku. Regulacja ma charakter porządkujący.

1. **Prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego (ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – art. 8, art. 9 ust. 2, art. 13 ust. 1a, art. 18 ust. 8, art.22, art. 25, art. 30, art. 48 ust. 2, 52 i art. 61a).**

Projektowane zmiany przewidują nowe zasady zliczania okresów niezdolności do pracy do jednego okresu zasiłkowego. Będą do niego zaliczone zarówno okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niezdolności do pracy, które zaistniały przed/po przerwie, jeżeli przerwa ta jest nie dłuższa niż 60 dni i jeżeli niezdolność ta nie występuje w okresie ciąży. Z jednej strony taka regulacja ograniczy ewentualne nadużycia, z drugiej ochroni osobę ubezpieczoną w szczególnej sytuacji. Nie zmieni się długość okresu zasiłkowego przysługującego w okresie ubezpieczenia – wynosi on nadal co do zasady 182 dni (270 w przypadku niezdolności zaistniałej w okresie ciąży i w przypadku gruźlicy). Skróceniu ulegnie natomiast okres pobierania zasiłku chorobowego po ustaniu ubezpieczenia – przyjęto, że nie będzie on dłuższy niż 91 dni.

Z drugiej strony proponowane zmiany mają na celu wprowadzenie do powołanej powyżej ustawy jednolitej zasady, zgodnie z którą prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, prawo do świadczenia rehabilitacyjnego oraz zasiłku wyrównawczego nie przysługuje osobie, która ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy niezależnie od systemu ubezpieczenia/zaopatrzenia, na podstawie którego prawo do tej emerytury lub renty zostało ustalone.

W aktualnym stanie prawnym zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, prawo do zasiłku chorobowego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia oraz prawo do świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku wyrównawczego nie przysługuje osobie, która ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy.

Zgodnie z zasadą równego traktowania świadczeniobiorców, prawo do ww. świadczeń nie powinno przysługiwać w przypadku ustalonego prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy nie tylko, jak obecnie z systemu powszechnego, lecz również z systemu zaopatrzenia emerytalnego służb mundurowych.

Proponuje się także zmiany w zakresie ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem oraz podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego. Zgodnie z zaproponowaną zmianą do ustalania ww. podstawy nie będzie stosować się zasady wyrażonej w art. 43 tj. że podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe.

Dodatkowo, proponuje się przyznanie prawa do zasiłku macierzyńskiego osobom, które z przyczyn od siebie niezależnych (śmierć pracodawcy) utraciły prawo do ubezpieczenia chorobowego i urodziły dziecko po ustaniu tego ubezpieczenia. Propozycja ta wypełni obecną lukę prawną i zrównuje sytuację kobiet, które niejednokrotnie posiadają długi okres ubezpieczenia a ze względu na ustanie ubezpieczenia z przyczyn losowych (śmierć pracodawcy, ogłoszenie upadłości, likwidacja pracodawcy) pod względem prawa do zasiłku macierzyńskiego z osobami, które urodziły dziecko w czasie ubezpieczenia (nawet bardzo krótkiego).

Proponuje się również zapewnić ZUS dostęp do informacji niezbędnych do ustalenia prawa i wysokości zasiłku. Na płatników, ubezpieczonych i świadczeniobiorców zostanie nałożony obowiązek przekazywania do ZUS niezbędnych danych do ustalenia uprawnień i wysokości świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Zmiana ta nie będzie oznaczać zwiększenia obecnych obowiązków płatników składek, a korzyścią dla wszystkich, przede wszystkim dla ubezpieczonych będzie usprawnienie procesu ustalenia prawa i wypłaty zasiłków. Obecnie, brak wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego lub ich znacznie opóźniona wypłata wynika z braku pełnej i rzetelnej dokumentacji przekazywanej przez płatników składek.

1. **Zmiany w obszarze umarzania należności z tytułu składek, nienaliczania odsetek z tytułu składek, z przyczyn leżących po stronie ZUS i wydawania zaświadczeń o niezaleganiu spadkobiercom (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 23, art. 28, art. 30 i art. 50 ust. 4d–4i)**

Proponuje się nienaliczanie odsetek za zwłokę od należności z tytułu składek z przyczyn leżących po stronie ZUS. Wskazanie w ustawie sytuacji (niezawinionych przez płatnika składek), w których płatnik nie byłby zobowiązany do naliczania odsetek za zwłokę od nieopłaconych w terminie składek wydaje się rozwiązaniem racjonalnym oraz jest zmianą korzystną z punktu widzenia płatnika.

Natomiast propozycja zmiany przepisów w obszarze umarzania należności z tytułu składek obejmuje dodanie przesłanki całkowitej nieściągalności warunkującej umorzenie należności na ubezpieczenia społeczne wobec osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, w razie ogłoszenia upadłości przez te osoby. W obecnym stanie prawnym osoby te nie mają możliwości wnioskowania o umorzenie należności z tytułu ogłoszenia upadłości jako osoby nieprowadzące działalności gospodarczej.

Propozycja uwzględnia również zwolnienie ZUS z obowiązku wydawania decyzji o umorzeniu należności w zakresie niskich kwot na kontach płatników składek oraz w przypadku śmierci dłużnika.

W pierwszym przypadku przesłankami umorzenia należności będzie wyrejestrowanie płatnika składek oraz ubezpieczonych, a także przesłanka związana z ponoszonymi kosztami postępowania egzekucyjnego tj. zadłużenie poniżej wysokości dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Natomiast w przypadku śmierci dłużnika przesłanką umorzenia będzie istnienie należności z tytułu składek, które nie przekraczają wysokości 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w kwartale poprzedzającym datę zgonu dłużnika – próg ustalono wyższy ze względu na ewentualne koszty postepowania spadkowego i celowość jego prowadzenia.

Proponuje się zastosowanie instytucji umorzenia – bez konieczności wydawania decyzji – w przypadku kont nieczynnych o saldzie zadłużenia nieprzekraczającym dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w stosunku do płatników, którzy dokonali wyrejestrowania siebie i ubezpieczonych oraz w przypadku zadłużenia nieprzekraczającego 10% przeciętnego wynagrodzenia, gdy dłużnik zmarł. Powyższa propozycja dotyczy przeszło 151 tys. płatników nieaktywnych, których poziom zaległości wynosi poniżej 116 zł (10-krotność kosztów upomnienia).

Wprowadzenie tożsamego przepisu jaki funkcjonuje w ustawie Ordynacja podatkowa, pozwalającego ZUS na wydawanie zaświadczenia o niezaleganiu spadkobiercom, jest wyjściem naprzeciw potencjalnym spadkobiercom, którzy przed podjęciem decyzji o przyjęciu lub odrzuceniu spadku będą mogli uzyskać informacje w tej kwestii. Obecnie ZUS nie udostępnia informacji o stanie kont płatników i ubezpieczonych, podmiotom innym niż wymienione w art. 50 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Proponuje się również, by potwierdzenie danych udostępnionych na portalu Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS) płatnikom składek, ubezpieczonym i świadczeniobiorcom funkcjonowało w obiegu prawnym z mocą zrównaną z mocą dokumentu wydanego przez pracowników ZUS.

1. **Ograniczenie przekazywania korekt dokumentów ubezpieczeniowych (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 41 ust.1, ust. 7a i 7b, art. 46 ust. 3, art. 47 ust. 3, art.47a ust. 1 i 2a, dodanie art. 48d).**

Proponowana zmiana ma przede wszystkim na celu wyeliminowanie występujących sytuacji, w których na skutek złożenia przez płatnika składek korekt deklaracji za wiele lat wstecz (np. bez wykazania należnych do zapłaty składek lub z obniżoną ich kwotą w stosunku do złożonej na bieżąco) zmianie ulega stan rozliczeń na koncie, poprzez „sztuczną likwidację” poprzedniego zadłużenia, bądź też przez powstanie nadpłaty. Zmiana przepisów ma służyć stabilizacji stanów kont płatników składek i ubezpieczonych poprzez uniemożliwienie składania pierwszorazowych deklaracji rozliczeniowych oraz korygowania deklaracji rozliczeniowych po upływie 5 lat licząc od dnia, w którym należności z tytułu składek stały się wymagalne.

Zmiana przepisów spowoduje ograniczenie do 5 lat, licząc od dnia wymagalności składki, możliwości składania korekt dokumentów (deklaracji rozliczeniowej i imiennego raportu miesięcznego) przez płatnika składek. Na bieg 5-letniego terminu nie będzie mieć wpływu zaistnienie okoliczności zawieszających i przerywających bieg terminu przedawnienia dla należności z tytułu składek. Po upływie 5 lat od dnia, w którym składki rozliczone w deklaracji i raporcie stały się wymagalne, korekty dokumentów rozliczeniowych będą mogły być sporządzane wyłącznie z urzędu przez ZUS jedynie na koncie ubezpieczonego. Powstała z tego tytułu nadpłata na koncie ubezpieczonego nie będzie podlegała zwrotowi, lecz będzie zaliczana na przychody FUS. W takim przypadku po upływie 5 lat, ZUS nie będzie mógł dochodzić należności z tytułu składek, jeżeli na skutek dokonanej korekty powstanie zadłużenie.

Praktyka płatników składek w zakresie składania dokumentów rozliczeniowych korygujących wskazuje, że dokumenty te są dowolnie modyfikowane w każdym czasie i z różnych powodów. W okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2018 r. liczba wszystkich korekt dokumentów złożonych w okresie ostatnich 5 lat w kompletach dokumentów rozliczeniowych złożonych przez płatników wyniosła 38,3 mln, w tym za okresy przedawnione: w 2017 r. złożono 908,3 tys. korekt, w 2018 r. złożono 457, tys. korekt. W 2019 r. na kontach 280 tys. płatników składek (aktywnych i nieaktywnych) została odnotowana co najmniej 1 korekta deklaracji rozliczeniowej i to za okres rozliczeniowy sprzed więcej niż za 5 lat (czyli za lata 1999-2013).

Bezterminowa możliwość składania korekt deklaracji przez płatników składek niewątpliwie powoduje zaburzenie informacji zgromadzonych na koncie przez zmianę rozliczenia konta, a tym samym utrudnienie ustalenia jego prawidłowego salda. Składanie korekt deklaracji ma wpływ na rozliczenia pomiędzy poszczególnymi Funduszami. ZUS pobiera składki nie tylko na ubezpieczenia społeczne, ale również na ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych. W oparciu o dane wynikające ze składanych przez płatników składek deklaracji rozliczeniowych, dokonywana jest weryfikacja uprawnień do refundacji za zatrudnione osoby niepełnosprawne przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Co więcej część rozliczeń dokonywanych przez płatników składek, zarówno dotyczących należnych składek, jak też wypłacanych i rozliczanych w ciężar składek świadczeń, podlega dalszemu rozliczeniu przez ZUS z Ministerstwem Finansów. Konsekwencją niestabilności stanów kont płatników składek jest więc nie tylko obciążenie systemu finansowego ubezpieczeń społecznych, ale również obciążenie budżetu państwa, będącego gwarantem wypłat świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Dodatkowo, składane przez płatnika deklaracje rozliczeniowe korygujące podlegają księgowaniu na koncie skutkując zmianą rozliczeń w stosunku do wszystkich wymienionych wyżej podmiotów zewnętrznych, a informacje zawarte na koncie ubezpieczonego i koncie płatnika składek mogą być uznane jako środek dowodowy w postępowaniu administracyjnym i sądowym z zakresu ubezpieczeń społecznych.

Brzmienie zaproponowanych w projekcie przepisów umożliwia ograniczenie w czasie składanie przez płatników składek korekt dokumentów.

Przy czym termin 5 lat wydłużony będzie w sytuacji, gdy należności z tytułu składek, których dotyczy korekta nie uległy przedawnieniu na podstawie art. 24 ust. 5e i 5f ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Inicjatywa w zakresie sporządzania korekt deklaracji rozliczeniowych, po upływie omówionego powyżej okresu, przysługiwać będzie ZUS jedynie na podstawie prawomocnych wyroków sądowych.

Proponowane zmiany art. 47a ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych wprowadzają nowe sposoby podpisywania dokumentów elektronicznych składanych do ZUS przez użycie podpisu osobistego oraz podpisu zaufanego. Obecny art. 47a powołanej ustawy pozwala na podpisywanie dokumentów elektronicznych wyłącznie kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Zaproponowane zmiany rozszerzają sposoby podpisywania dokumentów i są konsekwencją wprowadzenia nowych form podpisywania i identyfikacji do polskiego porządku prawnego. Zaproponowane nowe rozwiązania ułatwią dostęp do usług w formie elektronicznej.

1. **Uaktualnienie przepisów w zakresie udostępniania danych o instytucje uprawnione do otrzymywania danych zgromadzonych na koncie ubezpieczonego i na koncie płatnika składek (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 50 ust. 3 i 9)**

Obecne brzmienie przepisu art. 50 ust. 3 i 9 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, z późn. zm.) określa krąg podmiotów uprawnionych do uzyskania informacji zgromadzonych na koncie ubezpieczonego i na koncie płatnika składek. Spośród instytucji i służb zaangażowanych w prowadzenie postępowań karnych wymienione zostały sądy, prokuratorzy, organy podatkowe, Biuro Nadzoru Wewnętrznego, Policja i Straż Granicza. Poza katalogiem uprawnionych instytucji znalazły się Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Centralne Biuro Antykorupcyjne, pomimo posiadania takich uprawnień. Uzupełnienie katalogu podmiotów, którym udostępnia się dane, o Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Centralne Biuro Antykorupcyjne, pozwoli tym służbom korzystać z danych zgormadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a instytucji tej zagwarantuje prawo udostępniania takich informacji.

1. **Zapewnienie współmierności przychodów i kosztów FUS (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 54 pkt 11, art. 58 ust. 2 pkt 4b i art. 59 ust. 1).**

Art. 22 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych określa, że część składki na ubezpieczenie emerytalne odprowadzana jest do Funduszu Rezerwy Demograficznej (FRD). Proces ten następuje po dokonaniu przypisu należnych składek emerytalnych na koncie płatnika, czyli zewidencjonowania przychodu FUS.

W związku z tym, że składki na FRD wykazywane są w momencie ich ewidencji jako przychody, to w momencie ich przekazania powinny być ujmowane jako koszty i wydatki FUS. W ten sposób zapewniona zostanie współmierność przychodów i kosztów funduszu. W związku z powyższym w projekcie proponuje się dodanie w art. 54 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych pkt 11, który określa, że składki odprowadzane przez ZUS do FRD finansowane są ze środków zgromadzonych w FUS.

Zmiana jest neutralna finansowo dla FUS. Obecnie składki przekazywane do FRD pomniejszają przychody z tytułu składek FUS. Po zmianie przychody nie będą pomniejszane (nastąpi ich urealnienie), a kwota przekazanych składek zostanie ujęta w kosztach FUS. W projekcie ustawy proponuje się dodanie w art. 58 w ust. 2 pkt 4b, który pozwala na zaliczenie na FRD odsetek naliczanych od środków na rachunkach bankowych dotyczących prowadzonej egzekucji zbiegowej. Mając na uwadze prawidłowe zasady gospodarowania środkami publicznymi, celowe wydaje się, aby uzyskane z egzekucji środki zgromadzone na rachunkach bankowych, do czasu dokonania podziału pomiędzy wierzycieli środków wyegzekwowanych i przekazanych przez dłużników zajętej wierzytelności (np. banki) dyrektorom oddziałów ZUS jako organom egzekucyjnym, były oprocentowane. Wobec braku określenia w ustawie z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji podstaw do zadysponowania odsetkami jakie zostaną wygenerowane na tych rachunkach, zasadne wydaje się zasilenie nimi FRD. Według danych ZUS na koncie księgowym „Rozliczenie naliczonych odsetek od rachunku obsługującego egzekucję zbiegową”, na dzień 31 grudnia 2018 r. zostały zewidencjonowane odsetki w wysokości 444,4 tys. zł, natomiast na dzień 31 grudnia 2019 r. – w wysokości 884,33 tys. zł.

Stanowi to odpowiednio na dzień 31 grudnia 2018 r. 0,0011% oraz na dzień 31 grudnia 2019 r. 0,0022% aktywów Funduszu Rezerwy Demograficznej.

Proponuje się również zmianę trybu udzielania pożyczek z Funduszu Rezerwy Demograficznej (FRD). Dla zapewnienia bezpieczeństwa prawnego zasadne jest dostosowanie zasad udzielania pożyczek z FRD na finansowanie tzw. 13 emerytury do rozwiązania obowiązującego w pozostałych przypadkach wykorzystania środków z FRD. Wszystkie pożyczki z FRD powinny być udzielane na tych samych zasadach. Podstawą udzielenia pożyczki, podobnie jak w innych wypadkach przewidzianych w ustawie, powinno być rozporządzenie Rady Ministrów. Zgodnie z obecnie obowiązującym art. 59 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ustawodawca pozwala na wykorzystanie środków FRD na uzupełnienie wynikającego z przyczyn demograficznych niedoboru funduszu emerytalnego oraz na zapewnienie płynności finansowej FUS. Zgoda na wykorzystanie środków z FRD w tych przypadkach musi przyjąć postać rozporządzenia Rady Ministrów (art. 59 ust. 2 i 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

1. **Likwidacja funduszu rezerwowego i umożliwienie prawidłowego rozliczania środków wpływających na rachunki FUS i FEP (ustawa z dnia 13 października 1998 r.   
   o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 55 i art. 56 i ustawa z dnia 19 grudnia 1998 r. o emeryturach pomostowych – art. 34).**

W projekcie proponuje się likwidację funduszu rezerwowego określonego w art. 56 ust. 1**–**3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Dotychczasowe przepisy przewidują konieczność tworzenia przez ZUS ze środków pozostających w dniu 31 grudnia każdego roku na rachunku bankowym FUS funduszu rezerwowego.

Biorąc pod uwagę fakt, że występuje ciągły niedobór środków w FUS i konieczność dotowania tego funduszu z budżetu państwa w celu zapewnienia środków na wypłatę świadczeń są to przepisy, które nie są możliwe do zrealizowania przez ZUS. Na koniec roku może się okazać, że dotacja z budżetu państwa jest głównym źródłem środków pozostających na dzień 31 grudnia na rachunku FUS i jednocześnie zachodzi przesłanka utworzenia funduszu rezerwowego, co doprowadziłoby do sytuacji, że fundusz rezerwowy utworzono by z dotacji z budżetu państwa. W związku z powyższym racjonalnym rozwiązaniem w tej sytuacji jest likwidacja przepisów nakładających na ZUS ten obowiązek, jako przepisów martwych i nie znajdujących uzasadnienia w obecnej sytuacji finansowej FUS. Zwłaszcza, że sprawa ta była w kolejnych latach przedmiotem zainteresowania Najwyższej Izby Kontroli (NIK), która podczas corocznej kontroli wykonania budżetu i planów finansowych oczekiwała wyjaśnień o powody nie wypełniania przez ZUS zadania ustawowego i nie utworzenia funduszu rezerwowego.

Dodatkowo, w związku ze zmianą ustawy o VAT wprowadzającą rachunki VAT, banki obligatoryjnie otworzyły dla wszystkich podmiotów przedmiotowe rachunki, w tym także dla FUS i Funduszu Emerytur Pomostowych (FEP), tj. funduszy celowych nie będących płatnikami podatku VAT. Kolejna zmiana ustawy o VAT wprowadziła możliwość opłacania składek ZUS z rachunku VAT. Płatność ta jest możliwa tylko z wykorzystaniem mechanizmu podzielonej płatności (split payment), co powoduje, że środki do FUS i FEP wpływają także na otwarte dla nich rachunki VAT. W związku z tym, że dysponowanie środkami z tych rachunków ograniczone jest przepisami prawa, utrudnia to ZUS możliwość rozliczenia tych środków. Proponowane zmiany (dodany pkt 3 w ust. 5 art. 55 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz dodany ust. 3 w art. 34 w ustawie z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1924) wyeliminują opisane trudności i usprawnią tym samym proces rozliczania wpływających środków na rachunki FUS i FEP.

1. **Tryb dokonywania i zatwierdzania zmian w planie finansowym ZUS (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 74 ust. 3 pkt 8 oraz art. 75 ust. 2 pkt 4).**

W obowiązujących przepisach brakuje uregulowania trybu dokonywania i zatwierdzania zmian w planie finansowym ZUS. Wprowadzenie powyższych zmian wypełni aktualną lukę prawną. W latach ubiegłych, na konieczność podjęcia inicjatywy w celu ustawowego uregulowania trybu zatwierdzania zmian w planie finansowym ZUS-owi uwagę zwracał NIK w ramach rocznych kontroli wykonania budżetu państwa. Obecnie do zatwierdzania zmian wykorzystywany jest tryb określony w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych, analogiczny jak dla zatwierdzania rocznego planu finansowego. Prawidłowość takiego postępowania została potwierdzona zarówno przez Ministra Finansów, jak i zewnętrznych ekspertów specjalistów prawa finansów publicznych.

Wprowadzenie zaproponowanych zmian do ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych stanowić będzie usankcjonowanie obecnie stosowanej w ZUS praktyki. W związku z powyższym w projekcie proponuje się rozszerzenie zadań Zarządu ZUS również o możliwość dokonywania zmian do planu finansowego ZUS. W konsekwencji w art. 75 w ust. 2 pkt 4 proponuje się tożsame rozszerzenie zadań Rady Nadzorczej ZUS w zakresie umożliwienia jej zatwierdzania zmian do planu finansowego.

1. **Wprowadzenie możliwości umorzenia, odroczenia lub udzielenia ulg w spłacie należności cywilnoprawnych przez ZUS (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – dodanie art. 77a).**

Proponowana zmiana przez dodanie do ustawy systemowej art. 77a umożliwi umarzanie należności cywilnoprawnych przypadających zarządzanym przez ZUS funduszom, co w konsekwencji przyczyni się do racjonalnego i celowego wykorzystania środków publicznych, poprzez dochodzenie tylko tych należności cywilnoprawnych, których odzyskanie jest realne.

ZUS jako podmiot należący do sektora finansów publicznych, podlega przepisom ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Nie jest jednak wymieniony w art. 55 ww. ustawy o finansach publicznych, w związku z tym nie ma możliwości umarzania należności cywilnoprawnych lub udzielania ulg w ich spłacie. Obliguje to ZUS do podejmowania szeregu czynności mających na celu dochodzenie należności z tytułu kosztów zastępstwa procesowego także wówczas, gdy dotychczasowe postępowania egzekucyjne były bezskuteczne, a okoliczności sprawy uprawdopodobniają niecelowość podejmowania kolejnych działań.

W obecnym stanie prawnym ZUS może umarzać i udzielać ulgi w stosunku do należności publicznoprawnych w oparciu o przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 28 **i** 29 ustawy). Występują sytuacje, w których należności z tytułu składek podlegają umorzeniu, a wynikające z tego samego orzeczenia koszty zastępstwa (np. w kwocie 60, 90 lub 180 zł) nie. Podkreślenia wymaga fakt, iż wobec braku podstaw do zastosowania art. 55 ustawy o finansach publicznych do należności cywilnoprawnych przysługujących ZUS, wszystkie te należności z upływem lat ulegną przedawnieniu.

1. **Zmiana w zakresie finansowania odsetek z tytułu renty socjalnej (ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej – art. 14 i art. 15).**

Ustawa o rencie socjalnej nie uwzględnia możliwości wystąpienia odsetek za opóźnienie w wypłacie świadczenia, a tym samym nie określa źródła ich finansowania. Za przyjęciem takiego stanowiska przemawia literalne brzmienie jej art. 15 pkt 2. Przepis ten przewiduje, że w sprawach nieuregulowanych ustawą należy stosować odpowiednio jedynie regulacje art. 80**–**82 i 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a tym samym nie przewiduje stosowania art. 85 ust. 1 tej ustawy, normującego kwestię odsetek od opóźnienia w wypłacie świadczenia.

Przedstawiona powyżej wykładnia literalna jest jednak kwestionowana w orzecznictwie sądowym. Sądy przyznają prawo do odsetek uzasadniając swoje stanowisko tym, że powołany przepis art. 85 ust. 1 ustawy stanowi o zwłoce w przyznaniu świadczenia, nie definiując go wyłącznie jako świadczenie z ubezpieczenia społecznego. Wskazują, że w przepisie tego artykułu jest mowa nie tylko o świadczeniach z ubezpieczeń społecznych, ale również o świadczeniach innych **–** zleconych ZUS do wypłaty na mocy odrębnych przepisów albo umów międzynarodowych. W ocenie sądów w pojęciu takiego świadczenia mieści się również renta socjalna.

Wobec występowania sytuacji konieczności wypłaty odsetek w przypadku wyroków sądowych dotyczących rent socjalnych, koniecznym wydaje się wprowadzenie odpowiednich zmian do przepisów obowiązujących.

1. **Przeprowadzanie kontroli płatników składek oraz inspektorów kontroli ZUS (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 87 i art. 91).**

Zmiana art. 87 ma charakter doprecyzowujący i porządkujący treść przepisu. Utrwalony pogląd w orzecznictwie administracyjnym w świetle którego, kontrola nie jest postępowaniem administracyjnym uzasadnia poprzedzenie prawa przesłuchiwania świadków i innych uczestników procesu kontroli prawem wzywania do czynności złożenia zeznań przez inspektora kontroli ZUS. Dotychczasowa praktyka wskazuje, iż płatnicy składek niekiedy kwestionowali prawo do wzywania przez inspektorów kontroli ZUS uczestników postępowania kontrolnego.

Proponowana zmiana art. 91 ma również charakter porządkujący i doprecyzowujący (usunięcie z treści przepisu słów „pieczęć” i „jednobrzmiących” oraz wskazanie, że podpis ma obejmować podanie imienia i nazwiska inspektora kontroli ZUS). Wprowadzenie ww. zmian umożliwi doręczanie protokołu kontroli w formie elektronicznej w razie żądania takiej formy doręczenia przez płatnika składek. Natomiast wskazanie w jakiej formie następuje wprowadzenie zmian do protokołu kontroli ma na celu uzupełnienie braku w tym zakresie.

Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych w art. 91 ust. 4 wskazuje, iż w przypadku złożenia przez płatnika składek zastrzeżeń do protokołu kontroli, inspektor kontroli ZUS ma obowiązek pisemnie poinformować o sposobie rozpatrzenia zastrzeżeń. Prawo złożenia zastrzeżeń umożliwia kontrolowanemu, jeszcze przed wydaniem decyzji administracyjnej, wyrażenie odmiennego stanowiska w zakresie ustaleń kontroli. W związku z tym w przypadku uwzględnienia przekazanego stanowiska, koniecznym jest poinformowanie przez kontrolującego o zakresie zmian ustaleń w protokole kontroli.

Wskazanie formy zmian protokołu kontroli wypełni lukę prawną w tym zakresie.

1. **Modyfikacja pojęcia „rodzaj działalności według PKD” (ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – art. 2 pkt 10).**

Projektowana zmiana art. 2 pkt 10 ww. ustawy w zakresie „rodzaju działalności według PKD” jest niezbędna w związku z wprowadzeniem w rozporządzeniu z dnia 30 listopada 2015 r.   
w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń (Dz. U. poz. 2009, z późn. zm.) w § 9 ust. 2 pkt 3, zgodnie z którym rodzaj przeważającej działalności dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą ustala się odrębnie dla: działalności wpisanej do CEIDG, działalności rolniczej oraz pozostałej działalności, prowadzonej na własny rachunek w celu osiągnięcia zysku.

W związku z wprowadzeniem tego przepisu występują przypadki, w których osoba fizyczna może mieć dwa „równorzędne” rodzaje przeważającej działalności wg PKD. Ustalenie właściwego rodzaju przeważającej działalności wg PKD ma istotny wpływ na ustalenie wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatników składek zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych. Proponowana zmiana uporządkuje i ujednolici sposób określania przeważającej działalności zgodnie z CEIDG.

1. **Wprowadzenie przepisu jednoznacznie definiującego jakie zdarzenia na potrzeby różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe są uznawane za wypadek przy pracy, a zatem jakie wypadki pracodawca powinien ujmować w informacji ZUS IWA (ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – art. 3 ust. 2).**

Proponowane nowe brzmienie art. 3 ust 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych ma na celu usunięcie wątpliwości interpretacyjnych. Powstają one na tle aktualnego brzmienia art. 3 ust. 2 ww. ustawy, który to przepis nakazuje traktować określone w nim zdarzenia za wypadek przy pracy, ale zawiera wskazanie, że w „zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie”. W związku z tym na tym tle dochodzi do spraw spornych, gdyż płatnicy stoją na stanowisku, że wypadki określone w tym przepisie nie powinny być ujmowane w informacji ZUS IWA, a tym samym wpływać na wysokość ustalanej przez ZUS wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe.

1. **Wprowadzenie braku sukcesji wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe (ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – art. 27 ust.2).**

Proponowana zmiana art. 27 przez dodanie ust. 2 ma na celu wprowadzenie przepisu jednoznacznie rozstrzygającego o braku możliwości sukcesji wysokości stopy procentowej składki, w przypadkach przekształceń, łączenia się lub podziału płatników.

Obecnie w orzecznictwie sądowym przeważa pogląd, że dopuszczalna jest sukcesja stopy procentowej składki pomiędzy podmiotami, które na gruncie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych są odrębnymi płatnikami składek (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 2009 r., sygn. akt. II UK 292/08). Sukcesję praw i obowiązków przewidują przepisy art. 93**–**93c ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa, do których – w zakresie należności z tytułu składek – odsyła art. 31 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych

Biorąc pod uwagę okoliczność, że przepisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy nie zawierają przepisów szczególnych, które regulowałyby kwestie dopuszczalności sukcesji stopy procentowej składki w przypadkach łączenia się płatników (w tym przez przejęcie) lub ich podziału, należałoby stosować wykładnię systemową, uwzględniając całokształt przepisów tej ustawy odnoszących się do zasad ustalania stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe. Powyższe przemawia za niedopuszczalnością sukcesji uprawnienia do posługiwania się daną wartością stopy procentowej składki.

Przyjęcie zasady sukcesji stopy procentowej składki jest sprzeczne:

1. z generalną zasadą wynikającą z brzmienia art. 27 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, iż wysokość tej stopy jest ustalana płatnikowi tylko raz na dany rok składkowy i obowiązuje ona niezmiennie przez cały rok składkowy (założenie, że sukcesja może mieć miejsce oznacza dopuszczenie sytuacji, w których płatnika będzie obowiązywało w danym roku składkowym nawet kilka wartości tej stopy, co miałoby miejsce w przypadkach, gdy płatnik kilkakrotnie w danym roku będzie przejmował innego płatnika);
2. z zasadą, iż stopa procentowa składki ustalana jest dla danego płatnika składek, przy czym pojęcie płatnika składek definiowane jest poprzez odniesienie do przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 2 pkt 4 ustawy wypadkowej). Tym samym, dane brane pod uwagę przy ustalaniu stopy procentowej na dany rok składkowy powinny, w świetle przepisów ustawy, odnosić się ściśle do konkretnego płatnika składek. Tak więc w odniesieniu do:
3. płatników samodzielnie ustalających stopę procentową składki, zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych – stopa powinna być ustalana na podstawie danych o przeciętnej miesięcznej liczbie tych ubezpieczonych zgłaszanych do ubezpieczenia w poprzednim roku kalendarzowym oraz danych o grupie działalności, do której płatnik należał na dzień 31 grudnia poprzedniego roku (art. 33 ust. 1 w związku z art. 29 ust. 1),
4. płatników nowo zgłaszanych w ZUS – stopa powinna być ustalana na podstawie danych o liczbie ubezpieczonych zgłaszanych do ubezpieczenia wypadkowego w miesiącu zgłoszenia płatnika, a gdy liczba ta wynosi co najmniej 10 ubezpieczonych, to także na podstawie grupy działalności, do której ten płatnik należy według stanu na dzień dokonania zgłoszenia płatnika składek (art. 33 ust. 1 w związku z art. 29 ust. 2),
5. płatników, którym stopę procentową ustala ZUS – stopa powinna być ustalona na podstawie danych o wypadkowości z trzech kolejnych informacji ZUS IWA złożonych przez tego płatnika.

Ustalona w powyższy sposób stopa procentowa składki nie powinna podlegać zmianie   
w trakcie roku składkowego, o ile nie nastąpiła korekta danych, na podstawie których stopa ta została ustalona.

Celem zróżnicowania wysokości stopy procentowej składki pomiędzy poszczególnymi płatnikami składek była potrzeba stymulacji płatników do podejmowania działań minimalizujących ryzyko wystąpienia wypadków przy pracy poprzez poprawę warunków bezpieczeństwa pracy. Tym samym, interpretację dopuszczającą możliwość „przejęcia” w drodze sukcesji stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe należałoby uznać za interpretację *contra legem*, bowiem jej skutkiem dopuszczone zostałyby sytuacje, w których wysokość stosowanej przez płatnika stopy procentowej składki nie wynikałaby ani z jego rodzaju działalności, ani nie miałby powiązania z kategorią ryzyka ustaloną indywidualnie płatnikowi składek na podstawie liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy, jakie miały u niego miejsce oraz liczby pracowników zatrudnionych przez niego w warunkach zagrożenia. Poza tym, w takich przypadkach mogłoby dochodzić do sytuacji – co teoretycznie nie jest wykluczone – w której spółka, która przejmie w trakcie roku składkowego kilka spółek będących płatnikami składek o ustalonej różnej wartości stopy procentowej składki, nabywałaby prawo do dowolnego posługiwania się kilkoma stopami procentowymi składki, skoro w ramach sukcesji uniwersalnej nabywałaby ona prawo do posługiwania się każdą ze stóp ustalonych wcześniej dla spółek przejętych. Zwrócić należy także uwagę na to, że dopuszczenie możliwości sukcesji wysokości stopy procentowej składki obowiązującej poprzednika prawnego konsekwentnie musiałoby też oznaczać obowiązek stosowania przez płatnika składek (następcę prawnego) wyższej wysokości stopy procentowej składki, jeśli taka obowiązywałaby poprzednika prawnego. W takich sytuacjach, płatnicy z całą pewnością kwestionowaliby dopuszczalność sukcesji powołując się na brak stosownych przepisów w tym zakresie. W przypadku wykrycia takiego przypadku i zaistnienia sporu z płatnikiem składek, ZUS zobowiązany byłby wydawać decyzję ustalającą wysokość tej stopy dla płatnika, co niewątpliwie płatnicy kwestionowaliby w postępowaniach odwoławczych przed sądem.

Analogicznie należałoby rozpatrywać przypadki, w których w obrocie prawnym powstaje nowy podmiot (nowy płatnik), np. zawiązanie spółki, na którą przechodzi cały majątek spółki dzielonej (rozwiązanej). A zatem pomimo istnienia odrębnych uregulowań prawnych przewidujących sukcesję uniwersalną praw i obowiązków w takich przypadkach, nowo powstali płatnicy powinni ustalać obowiązującą ich wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe na zasadach ogólnych.

Obowiązek posługiwania się w danym roku składkowym określoną wysokością stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe przez danego płatnika składek nie może być postrzegany jako zobowiązanie czy uprawnienie, które przechodziłoby na następcę prawnego.

1. **Wprowadzenie przepisu, który określałby termin, w jakim możliwe jest skorygowanie informacji ZUS IWA (ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – art. 31 ust. 10a).**

Proponowana zmiana art. 31 przez dodanie ust. 10a do ustawy wypadkowej ogranicza możliwość złożenia korekty informacji ZUS IWA do końca roku kalendarzowego następującego po roku, za który składana jest ta informacja.

W aktualnym stanie prawnym płatnicy składek mogą składać korekty informacji ZUS IWA za kilka lat wstecz. W przepisach nie ma ograniczenia co do terminu składania korekt informacji ZUS IWA. Proponowana zmiana art. 31 uskuteczni możliwość wyeliminowania powstawania nadpłat i niedopłat składek na ubezpieczenie wypadkowe na kontach płatników składek oraz zmniejszy liczbę dokumentów (korekt) wysyłanych do Kompleksowego Systemu Informatycznego ZUS (KSI ZUS).

Występują liczne przypadki, w których płatnicy korygują dane na informacji ZUS IWA nawet za kilkanaście lat wstecz. Konsekwencją takiej korekty jest ponowne przeliczenie w systemie informatycznym KSI ZUS ustalonej temu płatnikowi składek wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe. Zmienia się wartość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe na niższą lub wyższą. Jednoznacznie przekłada się to bezpośrednio na wysokość należnej od płatnika kwoty składki na ubezpieczenie wypadkowe. Jeśli korekta ZUS IWA dotyczy wielu lat, przeliczeniu podlega również stopa procentowa składki odpowiednio za kilka lat składkowych. W tych przypadkach ZUS weryfikuje zasadność składanych przez płatników korekt informacji ZUS IWA w celu ustalenia prawidłowych danych, zgodnych ze stanem rzeczywistym.

1. **Sposób ustalenia stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe przez płatnika w okresie „przejściowym”, tj. do czasu uzyskania z urzędu statystycznego zaświadczenia o wpisie do rejestru REGON zawierającego informację o rodzaju działalności według PKD (ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – art. 32 i 33 ust. 2).**

W obecnym stanie prawnym brzmienie art. 33 ust. 2 jest nieaktualne. Przewiduje obowiązek wydawania przez urzędy statystyczne zaświadczeń o wpisie do rejestru REGON w odniesieniu do każdego podmiotu wpisywanego do tego rejestru. Aktualnie zaświadczenia o wpisie do rejestru REGON nie są wydawane z urzędu, ale na żądanie podmiotu wpisanego do tego rejestru.

W związku z tym proponowana zmiana art. 33 ust. 2 w zakresie wprowadzenia stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe w wysokości zaliczkowej związana jest ze zmianą przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 443, z późn. zm.).

Jak wynika bowiem z art. 43 ust. 3 cytowanej powyżej ustawy, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 lipca 2011 r., urzędy statystyczne wydają zaświadczenia o nadanym numerze identyfikacyjnym REGON jedynie na żądanie podmiotu wpisanego do rejestru REGON. Natomiast udostępnienie danych na stronie Głównego Urzędu Statystycznego lub za pośrednictwem ePUAP również jest powiązane z dokonaniem wpisu tych informacji najpierw w rejestrze podmiotów.

Proponowana zmiana w art. 32 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych dodająca ust. 3, wprowadza elektroniczne formy kontaktu na linii ZUS płatnik składek. Na mocy proponowanego przepisu płatnik składek, który utworzył profil informacyjny w PUE ZUS, informowany jest o wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe obowiązującej w danym roku składkowym wyłącznie przez system PUE ZUS. Przyjęcie projektowanego założenia przyczyni się do usprawnienia kontaktów z płatnikiem składek.

1. **Elektronizacja składania wniosków o wydanie zaświadczenia A1 (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – art. 83e).**

ZUS, jako instytucja zaufania publicznego zobowiązany jest do świadczenia usług na rzecz klientów oraz do ich ciągłego rozwoju i doskonalenia. Dalszym kierunkiem rozwoju usług wpisujących się w e-Państwo jest budowa usług elektronicznych, które umożliwiają załatwienie spraw urzędowych z dowolnego miejsca i w dowolnym czasie, bez konieczności osobistej wizyty w urzędzie. Nowe usługi powinny być projektowane tak, aby dzięki optymalizacji można było obniżyć całkowity koszt obsługi klientów, który ponosi ZUS, jak również klient ZUS. Jednym z istotnych elementów ochrony ubezpieczeniowej osób migrujących są regulacje dotyczące ustalania właściwego ustawodawstwa w świetle przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Dokumentem potwierdzającym zastosowanie właściwego ustawodawstwa w stosunku do takich osób jest formularz A1 potwierdzony przez właściwą instytucję danego państwa. Dlatego też proponowana zmiana zakłada elektronizację składania wniosków o wydanie zaświadczenia A1 jak i wydawanie zaświadczenia w tej formie, Zgodnie z proponowanymi zmianami wprowadzona zostanie zasada, że wnioski, jak   
i zaświadczenia wydawane są w formie elektronicznej. Jednakże dokonując elektronizacji należy mieć na względzie, że nie każdy ubezpieczony może mieć dostęp do Internetu i umiejętność korzystania z tego narzędzia. Biorąc pod uwagę powyższe wprowadzono możliwość w szczególnie uzasadnionych przypadkach złożenia wniosku w postaci papierowej. Odpowiedź również będzie udzielana w postaci papierowej. Wprowadzono również okres przejściowy do 31 grudnia 2021 r., w którym ubezpieczeni będą mogli złożyć zarówno wniosek papierowy albo elektroniczny, zależny od ich wyboru.

Patrząc na ostatnie lata, liczba wydawanych zaświadczeń A 1 systematycznie rośnie. Na przestrzeni lat 2009-2018 liczba wydawanych zaświadczeń wzrosła blisko trzykrotnie.  W 2009 ZUS wydał 208 tys., a w roku 2018 ponad 605 tys., w I półrocze 2019 r. 342 tys. zaświadczeń.

1. **Wyeliminowanie obiegu papierowej dokumentacji w zakresie realizacji obowiązków dotyczących ubezpieczeń społecznych cudzoziemców (dodanie pkt 10 w art. 90c w ust. 11 w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Dz. U. 2020 r. poz. 1409, z późn. zm.).**

Zaproponowana zmiana pozwoli uzyskać przez ZUS elektronicznego dostępu do centralnego rejestru prowadzonego przez ministra właściwego do spraw pracy w zakresie, o którym mowa w art. 90c ust. 4 wymienionej ustawy, tj. w zakresie zezwoleń na pracę, zezwoleń na pracę sezonową oraz oświadczeń o powierzeniu wykonywania pracy cudzoziemcowi wraz z mechanizmem subskrypcji zmian. Rozwiązanie to w szczególności wyeliminuje obieg papierowej dokumentacji jak też umożliwi prowadzenie analizy ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w zakresie realizacji obowiązków dotyczących ubezpieczeń społecznych cudzoziemców. Dodatkowo uzyskanie przez ZUS nie tylko nowego trybu udostępniania danych, ale również samodzielnej przesłanki dostępu do ww. danych i rejestrów umożliwi weryfikację i prawidłowość podlegania tych osób ubezpieczeniom.

Nie ma możliwości pozalegislacyjnego rozwiązania proponowanych zmian.

**Przepisy przejściowe**

Zaproponowany w art. 10 przepis przejściowy w zakresie ograniczenia składania korekt rozliczeniowych, umożliwi dokonanie w terminie stosownych korekt deklaracji rozliczeniowych w stosunku do złożonych deklaracji rozliczeniowych za okresy przed wejściem w życie zaproponowanych przepisów.

W art. 11 uregulowano, że opłaty dodatkowe wymierzone na podstawie art. 47 ust. 10c, nieopłacone do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, ulegają umorzeniu z mocy prawa.

W związku ze zmianą w zakresie egzekucji należności do poboru których obowiązany jest ZUS, wprowadzono w art. 12 regulacje, na mocy której zmiany wprowadzone niniejszą ustawą nie stosuje się do egzekucji ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

W art. 13 wprowadzono rozwiązanie, że wnioski o wyrażenie zgody na opłacenie składki chorobowej po terminie dotyczące okresu sprzed wejścia w życie niniejszej ustawy, mogą być składane nie później niż do upływu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Z uwagi, że niniejszą ustawą wprowadzona została elektronizacja zaświadczeń tzw. A1, na mocy art. 14 zapewniony został okres przejściowy, w którym będą składane wnioski w formie papierowej i elektronicznej.

W art. 15 uregulowane zostały nowe przepisy w zakresie tzw. emerytur czerwcowych, w art. 16 zawarto przepis przejściowy w zakresie ujednolicenia przepisów w zakresie przeliczania emerytur z tzw. starego i nowego systemu natomiast w art. 17 została uregulowana kwestia wprowadzenia bezgotówkowej formy wypłaty świadczeń długoterminowych dla wypłaty świadczeń, przyznanych przed dniem wejścia w życie niniejszych przepisów.

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie z dniem 1 kwietnia 2021 r., z wyjątkiem art. 2, art. 3 pkt 4, 8, 10 i 11, art. 4 pkt 2–7, 9, 10 i 13, art. 6 pkt 1 i 2 oraz art. 9, które weszły by w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.

Wejście w życie projektowanej ustawy – zdaniem projektodawcy – nie naruszy wartości wyrażonych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych   
i średnich przedsiębiorców.

Projektowana ustawa nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej oraz na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny z dniem skierowania do uzgodnień i konsultacji publicznych.

1. uchwała Sądu Najwyższego z 19 października 1988 r. III UZP 33/88, wyrok Sadu Najwyższego z 10 czerwca 2008 r. I UK 376/07, wyrok Sądu Najwyższego z 17 stycznia 2012 r. I UK 194/11, wyrok Sądu Najwyższego z 11 września 2014 r. II UK 570/13, wyrok Sądu Najwyższego z 24 stycznia 2017 r., I UK 36/16, wyrok Sądu Najwyższego z 16 maja 2017 r., I UK 186/16, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 3 grudnia 2013 r. III AUa 297/13. [↑](#footnote-ref-1)