



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-41-13

Druk nr 2832

Warszawa, 16 października 2014 r.

Pan
Radosław Sikorski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o świadczeniach
pieniężnych z ubezpieczenia
społecznego w razie choroby i
macierzyństwa oraz niektórych innych
ustaw** z projektami aktów wykonawczych.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Pracy i Polityki Społecznej.

Z poważaniem

(-) Ewa Kopacz

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 6 w ust. 2 w pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w celu leczenia uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych;”;
- 2) uchyla się art. 26;
- 3) w art. 29:
 - a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. W razie śmierci matki lub porzucenia przez nią dziecka, zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu-ojcu dziecka albo innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny przez okres odpowiadający okresowi, który pozostał od dnia zgonu matki albo porzucenia przez nią dziecka, do końca okresu odpowiadającego okresowi urlopu macierzyńskiego, dodatkowego

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, ustawę z dnia 20 czerwca 1985 r. o prokuraturze, ustawę z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, ustawę z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej, ustawę z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, ustawę z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej, ustawę z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawę z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ustawę z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu, ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych, ustawę z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, ustawę z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, ustawę z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym, ustawę z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, ustawę z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ustawę z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, ustawę z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego, ustawę z dnia 9 czerwca 2006 r. o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego, ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, ustawę z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej oraz ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego, jeżeli przerwą zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.”,

b) po ust. 5a dodaje się ust. 5b w brzmieniu:

„5b. W przypadku gdy matka dziecka legitymuje się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji i stan jej zdrowia uniemożliwia jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu-ojcu dziecka albo innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego oraz okres urlopu rodzicielskiego, jeżeli przerwą zatrudnienie lub inną pracę zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. W przypadku gdy niezdolność do samodzielnej egzystencji matki powstanie po urodzeniu dziecka, zasiłek macierzyński przysługuje przez okres odpowiadający okresowi, który pozostał od dnia ustalonego jako dzień powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji do końca okresu odpowiadającego okresowi urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego.”;

4) w art. 30 uchyla się ust. 2;

5) w art. 32:

a) w ust. 1 w pkt 1 lit. b i c otrzymują brzmienie:

„b) porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki,

c) pobytu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;”,

b) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Za członków rodziny, o których mowa w ust. 1 pkt 3, uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat – jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki.

3. Za dzieci w rozumieniu ust. 1 i 2 uważa się dzieci własne ubezpieczonego lub jego małżonka oraz dzieci przysposobione, a także dzieci przyjęte na wychowanie i utrzymanie.”;

6) w art. 32a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W przypadku określonym w art. 180 § 6¹ i 8 Kodeksu pracy ubezpieczonemu-ojcu dziecka przysługuje dodatkowo, niezależnie od zasiłku określonego w art. 32, zasiłek opiekuńczy w wymiarze do 8 tygodni, jeżeli przerwie zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.”;

7) w art. 33 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się niezależnie od liczby osób uprawnionych do zasiłku opiekuńczego oraz bez względu na liczbę dzieci i innych członków rodziny wymagających opieki.”;

8) art. 48 otrzymuje brzmienie:

„Art. 48. 1. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przeciętny miesięczny przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

2. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2–4, art. 38 ust. 1, art. 42, art. 43 i art. 46, z zastrzeżeniem art. 48a–50.”;

9) po art. 48 dodaje się art. 48a w brzmieniu:

„Art. 48a. 1. W przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi kwota zadeklarowana, podlegającego ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż okres, o którym mowa w art. 48 ust. 1, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi suma:

- 1) przeciętnej miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz
- 2) kwoty stanowiącej iloczyn jednej dwunastej przeciętnej kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, za pełne miesiące

kalendaryzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz liczby tych miesięcy.

2. Jeżeli okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 pkt 2, uwzględnia się również pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu. Liczba pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, uwzględnionych z poprzedniego i aktualnego tytułu, nie może przekraczać 12.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przeciętną miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz przeciętną kwotę zadeklarowaną jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, o których mowa w ust. 1, za okres pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia z aktualnego tytułu.”;

10) w art. 49:

a) w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) kwota przychodu określona w umowie przypadająca za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, a jeżeli kwota ta w umowie nie została określona, kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy – dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia;”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się odpowiednio przepis art. 37 ust. 1.”;

c) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi kwota zadeklarowana, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia

chorobowego, a okres tego ubezpieczenia rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, stosuje się odpowiednio przepisy art. 48a ust. 1–3. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:

- 1) przyjmuje się miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz kwotę zadeklarowaną, w przeliczeniu na pełny miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, za miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4;
- 2) w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, o której mowa w art. 48a ust. 1 pkt 2, uwzględnia się również miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy.”;

11) w art. 50 w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Jeżeli w okresie, o którym mowa w art. 48 lub art. 48a, przychód ubezpieczonego niebędącego pracownikiem uległ zmniejszeniu wskutek niewykonywania pracy lub działalności w okresie pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego albo odbywania ćwiczeń wojskowych, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:”;

12) art. 52 otrzymuje brzmienie:

„Art. 52. Przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2–4, art. 38 ust. 1, art. 42, art. 43, art. 48 ust. 1 i art. 48a–50, a do świadczenia rehabilitacyjnego także przepisy art. 19 ust. 2 i art. 46.”;

13) w art. 53 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny są zaświadczenia lekarskie, o których mowa w art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7, albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6.”;

14) w art. 54 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, zwanych dalej „zaświadczeniem lekarskim”, lekarza, lekarza dentyście, felczera lub starszego felczera, zwanych dalej „wystawiającym zaświadczenie lekarskie”, po złożeniu, w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 262), zwanego dalej „kwalifikowanym certyfikatem”, lub profilu zaufanego ePUAP w rozumieniu art. 3 pkt 14 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114), zwanego dalej „profilem zaufanym ePUAP”, na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych utworzoną zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, zwanej dalej „elektroniczną skrzynką podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”, oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy i przepisów o ochronie danych osobowych.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie może udzielić upoważnienia, o którym mowa w ust. 1, lekarzom i lekarzom denty stom w okresie odbywania stażu podyplomowego.”;

15) art. 55 otrzymuje brzmienie:

„Art. 55. 1. Zaświadczenie lekarskie jest wystawiane w formie dokumentu elektronicznego uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, zgodnie z wzorem ustalonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje zaświadczenie lekarskie na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

3. Zaświadczenie lekarskie zawiera:

- 1) identyfikator i datę wystawienia zaświadczenia lekarskiego;
- 2) dane ubezpieczonego: pierwsze imię, nazwisko, numer Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności, zwany dalej „numerem PESEL”, albo serię i numer paszportu i datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do pracy;
- 3) dane płatnika składek: numer identyfikacji podatkowej, zwany dalej „NIP”, lub numer PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL, oraz rodzaj identyfikatora płatnika składek;
- 4) imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu wystawiającego zaświadczenie lekarskie oraz adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 5) okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w szpitalu;
- 6) informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość zgodnie z art. 7 pkt 2, art. 8, art. 9 ust. 2, art. 11 ust. 2 pkt 1 i art. 16, podane z zastosowaniem kodów literowych, o których mowa w art. 57 ust. 1;
- 7) wskazania lekarskie – odpowiednio: chory powinien leżeć albo chory może chodzić;
- 8) okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny, datę urodzenia tego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym;
- 9) numer statystyczny choroby ubezpieczonego ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 10) oznaczenie instytucji, w której ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia.

4. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny:

- 1) następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny;
- 2) jest dokumentowane w dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245).”;

16) po art. 55 dodaje się art. 55a i art. 55b w brzmieniu:

„Art. 55a. 1. W celu wystawiania zaświadczeń lekarskich wystawiający zaświadczenie lekarskie tworzy za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych profil informacyjny.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w celu wystawienia zaświadczenia lekarskiego, udostępnia bezpłatnie wystawiającemu zaświadczenie lekarskie na jego profilu informacyjnym:

- 1) dane zgromadzone w prowadzonych na podstawie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych:
 - a) Centralnym Rejestrze Ubezpieczonych – pierwsze imię, nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania ubezpieczonego,
 - b) Centralnym Rejestrze Płatników Składek – nazwę skróconą oraz NIP lub numer PESEL albo serię i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL,
 - c) Centralnym Rejestrze Członków Rodziny Ubezpieczonych Uprawnionych do Ubezpieczenia Zdrowotnego – datę urodzenia chorego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym;
- 2) informacje o wcześniejszych zaświadczeniach lekarskich wystawionych ubezpieczonemu, zgromadzone w rejestrze, o którym mowa w art. 55b ust. 1, oraz o zaświadczeniach, o których mowa w art. 59 ust. 8;
- 3) informacje, czy płatnik składek posiada profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1.

3. Dane i informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1 lit. a i b oraz pkt 2 i 3, Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia po podaniu przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie numeru PESEL ubezpieczonego albo serii i numeru paszportu, jeżeli ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL, a dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1 lit. c, po podaniu numeru PESEL członka rodziny albo serii i numeru paszportu, jeżeli członkowi rodziny nie nadano numeru PESEL.

4. Prawidłowość i aktualność danych i informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiający zaświadczenie lekarskie potwierdza u ubezpieczonego.

5. W przypadku gdy na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie nie zostaną udostępnione dane lub informacje albo zostaną udostępnione dane

lub informacje niekompletne lub nieaktualne, brakujące lub aktualne dane lub informacje wystawiający zaświadczenie lekarskie uzyskuje od ubezpieczonego.

6. Na żądanie ubezpieczonego oraz w przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje ubezpieczonemu wydruk wystawionego zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ust. 1, zawierający dane i informacje, o których mowa w art. 55 ust. 3 pkt 1–8 i 10, opatrzony jego podpisem i pieczętą.

7. W przypadku gdy wystawienie zaświadczenia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości uwierzytelnienia zaświadczenia lekarskiego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, wystawiający zaświadczenie lekarskie w dniu badania przekazuje ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, zawierające dane i informacje, o których mowa w art. 55 ust. 3 pkt 1–8 i 10, opatrzone jego podpisem i pieczętą. Dane i informacje, o których mowa w art. 55 ust. 3 pkt 2, 3 i 10, oraz dane i informacje dotyczące daty urodzenia członka rodziny i stopnia jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym, o których mowa w art. 55 ust. 3 pkt 8, wystawiający zaświadczenie lekarskie uzyskuje od ubezpieczonego.

8. W przypadkach, o których mowa w ust. 4, 5 i 7, ubezpieczony jest obowiązany przekazać wystawiającemu zaświadczenie lekarskie dane i informacje w zakresie niezbędnym do wystawienia zaświadczenia lekarskiego.

9. Wystawiający zaświadczenie lekarskie, w terminie 3 dni roboczych od dnia wystawienia zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w ust. 7, przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, zawierające dane i informacje zawarte w wystawionym zaświadczeniu lekarskim, o którym mowa w ust. 7, oraz informację, o której mowa w art. 55 ust. 3 pkt 9. Jeżeli przekazanie zaświadczenia lekarskiego w tym terminie nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku

możliwości uwierzytelnienia zaświadczenia lekarskiego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie zaświadczenia lekarskiego.

Art. 55b. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rejestr zaświadczeń lekarskich zawierający dane i informacje, o których mowa w art. 55 ust. 3.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przechowuje zaświadczenie lekarskie przez okres 3 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym je wystawiono.

3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia bezpłatnie Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zaświadczenia lekarskie, o których mowa w art. 55 ust. 1, oraz informacje, o których mowa w art. 58a, jeżeli dotyczą osób ubezpieczonych w Kasie.”;

17) w art. 56:

a) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Rejestr, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) numer prawa wykonywania zawodu;
- 2) imię i nazwisko;
- 3) numer PESEL albo serię i numer paszportu, w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL;
- 4) rodzaj i stopień specjalizacji;
- 5) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 6) nazwę i siedzibę właściwej izby lekarskiej;
- 7) informację o cofnięciu upoważnienia, o którym mowa w art. 54 ust. 1.

3. Lekarze, lekarze dentyści, felczerzy i starsi felczerzy, o których mowa w ust. 1, informują Zakład Ubezpieczeń Społecznych o zmianach w zakresie danych i informacji gromadzonych w rejestrze, o których mowa w ust. 2.”,

b) uchyla się ust. 4,

c) w ust. 5 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) jest uprawniony do korzystania z informacji, o których mowa w ust. 2, zgromadzonych w rejestrach lekarzy prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie oraz zgromadzonych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską.”,

d) uchyla się ust. 6;

18) w art. 57 w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„W zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość zgodnie z art. 7 pkt 2, art. 8, art. 9 ust. 2, art. 11 ust. 2 pkt 1 i art. 16 podaje się z zastosowaniem następujących kodów literowych:”;

19) art. 58 otrzymuje brzmienie:

„Art. 58. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia bezpłatnie zaświadczenie lekarskie płatnikowi składek na profilu informacyjnym płatnika składek, bez informacji, o której mowa w art. 55 ust. 3 pkt 9, nie później niż w dniu następującym po dniu otrzymania zaświadczenia lekarskiego.

2. Profil informacyjny płatnika składek jest tworzony przez płatnika składek za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

3. Profil informacyjny płatnika składek są obowiązani utworzyć płatnicy składek obowiązani na podstawie art. 47a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych do przekazywania dokumentów niezbędnych do prowadzenia kont płatników składek i kont ubezpieczonych oraz korekty tych dokumentów przez transmisję danych w formie dokumentu elektronicznego.

4. Płatnicy składek, którzy utworzyli profil informacyjny płatnika składek, są obowiązani do jego utrzymywania także wówczas, gdy nie ma do nich zastosowania obowiązek przekazywania dokumentów niezbędnych do prowadzenia kont płatników składek i kont ubezpieczonych oraz korekty tych dokumentów przez transmisję danych w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 47a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

5. Płatnik składek nieposiadający profilu informacyjnego płatnika składek informuje ubezpieczonego, w formie pisemnej, w pierwszym dniu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, o obowiązku dostarczenia mu przez ubezpieczonego wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7.

6. Płatnik składek, o którym mowa w ust. 5, w przypadku utworzenia profilu informacyjnego płatnika składek, w terminie 7 dni od dnia utworzenia tego profilu

informuje ubezpieczonego, w formie pisemnej, o ustaniu obowiązku dostarczania mu przez ubezpieczonego wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7.”;

20) po art. 58 dodaje się art. 58a w brzmieniu:

„Art. 58a. 1. W przypadku gdy w zaświadczeniu lekarskim został popełniony błąd, wystawiający zaświadczenie lekarskie, który wystawił zaświadczenie lekarskie, w którym został popełniony błąd, albo inny wystawiający zaświadczenie lekarskie, w terminie 3 dni roboczych od dnia stwierdzenia błędu lub otrzymania informacji o stwierdzeniu błędu, w szczególności od płatnika składek, ubezpieczonego lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, o której mowa w art. 55 ust. 2, odpowiednio:

- 1) informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, albo
- 2) informację, o której mowa w pkt 1, oraz nowe zaświadczenie lekarskie, zawierające identyfikator i datę jego wystawienia oraz dane i informacje, o których mowa w art. 55 ust. 3 pkt 2–10, zawarte w zaświadczeniu lekarskim, w którym został popełniony błąd, po sprostowaniu tego błędu

– uwierzytelnione z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP. Przepisu art. 55 ust. 4 pkt 1 nie stosuje się.

2. Jeżeli przekazanie informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, lub nowego zaświadczenia lekarskiego w terminie, o którym mowa w ust. 1, nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości uwierzytelnienia informacji lub zaświadczenia lekarskiego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje informację lub zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie informacji lub zaświadczenia lekarskiego.

3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, nie później niż w dniu następującym po dniu otrzymania informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, albo informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, oraz nowego zaświadczenia lekarskiego udostępnia bezpłatnie na profilu informacyjnym płatnika składek:

- 1) informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, płatnikowi składek wskazanemu w zaświadczeniu lekarskim, w którym został popełniony błąd;
- 2) nowe zaświadczenie lekarskie, bez informacji, o której mowa w art. 55 ust. 3 pkt 9, płatnikowi składek wskazanemu w nowym zaświadczeniu lekarskim.

4. Informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje także, w formie pisemnej, ubezpieczonemu, informując go równocześnie o obowiązku doręczenia tej informacji płatnikowi składek, w przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek.

5. Wydruk nowego zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje także ubezpieczonemu, informując go równocześnie o obowiązku doręczenia nowego zaświadczenia lekarskiego płatnikowi składek, w przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek.

6. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w art. 55a ust. 7, w zaświadczeniu lekarskim na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego błąd został stwierdzony w dniu badania w obecności ubezpieczonego, wystawiający zaświadczenie lekarskie informuje ubezpieczonego o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, oraz przekazuje ubezpieczonemu nowe zaświadczenie lekarskie. Wystawiający zaświadczenie lekarskie przesyła informację o stwierdzeniu nieważności formularza zaświadczenia lekarskiego w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

7. Przepisy ust. 1–5 stosuje się odpowiednio, jeżeli w przypadku, o którym mowa w art. 55a ust. 7, błąd w zaświadczeniu lekarskim wystawionym na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego zostanie stwierdzony przed

przekazaniem zaświadczenia lekarskiego wystawionego w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

8. Jeżeli błąd w zaświadczeniu lekarskim ma wpływ na prawo do przyznanego zasiłku lub jego wysokość, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku lub o zmianie jego wysokości. W przypadku gdy do wypłaty zasiłku jest obowiązany płatnik składek, decyzja jest wydawana na wniosek płatnika składek lub ubezpieczonego.”;

21) w art. 59:

a) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 8, lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawia w formie dokumentu elektronicznego uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, zgodnie ze wzorem ustalonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Przepisy art. 55 ust. 2 i art. 55a ust. 7–9 stosuje się odpowiednio.”,

b) po ust. 9a dodaje się ust. 9b–9e w brzmieniu:

„9b. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 8, zawiera:

- 1) datę wystawienia;
- 2) dane ubezpieczonego: pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo serię i numer paszportu i datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres jego pobytu w czasie trwania niezdolności do pracy;
- 3) dane płatnika składek: NIP lub numer PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL, oraz rodzaj identyfikatora płatnika składek;
- 4) datę ustania niezdolności do pracy;
- 5) identyfikator zaświadczenia lekarskiego, które traci ważność za okres od daty wskazanej w pkt 4, wskutek okoliczności, o których mowa w ust. 7;
- 6) imię i nazwisko lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawiającego zaświadczenie;
- 7) oznaczenie terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;

8) informacje dla ubezpieczonego o okolicznościach, o których mowa w ust. 7, a także o konieczności doręczenia zaświadczenia płatnikowi składek, w przypadku gdy nie posiada on profilu informacyjnego płatnika składek.

9c. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 8, jest udostępniane płatnikowi składek na zasadach określonych dla zaświadczenia lekarskiego.

9d. Lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przekazuje ubezpieczonemu w dniu badania:

- 1) wydruk zaświadczenia, o którym mowa w ust. 8, z systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ust. 9, albo
- 2) zaświadczenie, o którym mowa w ust. 8, wystawione na formularzu zaświadczenia wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ust. 9

– opatrzone jego podpisem i pieczętą.

9e. Ubezpieczony dostarcza płatnikowi składek:

- 1) wydruk zaświadczenia, o którym mowa w ust. 9d pkt 1, jeżeli płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek;
- 2) zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w ust. 9d pkt 2.”,

c) uchyla się ust. 14 i 15;

22) po art. 59 dodaje się art. 59a w brzmieniu:

„Art. 59a. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) tryb i sposób orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia, o którym mowa w art. 59 ust. 8,
- 2) sposób dokumentowania orzeczonej niezdolności do pracy,
- 3) tryb i sposób sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim oraz przekazywania ubezpieczonemu i płatnikowi składek informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, i wydruku nowego zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6

– mając na uwadze konieczność zapewnienia prawidłowego i sprawnego orzekania o czasowej niezdolności do pracy, jednolitości trybu i sposobu wystawiania zaświadczeń lekarskich i zaświadczeń, o których mowa w art. 59 ust. 8, oraz sposobu

dokumentowania orzeczonej niezdolności do pracy, a także sprawnego sprostowania błędów w wystawionych zaświadczeniach lekarskich.”;

23) w art. 60:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich, w szczególności gdy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione:

- 1) bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego,
- 2) bez udokumentowania rozpoznania stanowiącego podstawę orzeczonej czasowej niezdolności do pracy

– Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, w formie decyzji, cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 12 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.

2. W przypadku powtarzającego się naruszania zasad określonych w art. 55a ust. 6, 7 i 9 oraz art. 57, Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, w formie decyzji, cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 3 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.”,

b) uchyla się ust. 3;

24) po art. 60 dodaje się art. 60a w brzmieniu:

„Art. 60a. 1. Zaświadczenia, o których mowa w art. 55 ust. 1 oraz art. 59 ust. 8, mogą być wystawiane przez system teleinformatyczny Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, za pośrednictwem którego są przekazywane do systemu informatycznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1 oraz art. 59 ust. 9.

2. Dane zawarte w zaświadczeniu lekarskim, o których mowa w art. 55 ust. 3, są udostępniane systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”;

25) po art. 61 dodaje się art. 61a i art. 61b w brzmieniu:

„Art. 61a. W celu ustalenia prawa do zasiłku i jego wypłaty Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma prawo do przetwarzania danych i informacji niezbędnych do ustalenia prawa do zasiłków, ich wysokości, podstawy wymiaru oraz do ich wypłaty.

Art. 61b. 1. Postępowanie w sprawie przyznania i wypłaty zasiłku wszczyna się na wniosek złożony w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego

uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

2. Postępowanie w sprawie przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego lub zasiłku opiekuńczego z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny wszczyna się:

- 1) jeżeli płatnikiem zasiłku jest płatnik składek:
 - a) posiadający profil informacyjny płatnika składek, na podstawie:
 - zaświadczenia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, otrzymanego na tym profilu,
 - wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, przekazanych przez ubezpieczonego,
 - b) nieposiadający profilu informacyjnego płatnika składek – na podstawie wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, przekazanych przez ubezpieczonego;
- 2) jeżeli płatnikiem zasiłku jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych – na podstawie wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, albo wniosku, o którym mowa w ust. 1, przekazanych przez ubezpieczonego albo płatnika składek upoważnionego przez ubezpieczonego.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) dane ubezpieczonego – pierwsze imię, nazwisko, numer PESEL albo serię i numer paszportu i datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres zamieszkania;
- 2) dane płatnika składek – NIP lub numer PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL;
- 3) informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość.

4. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty niezbędne do przyznania i wypłaty zasiłku.

5. W przypadku ubezpieczonych, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2 lit. a, płatnik składek przekazuje do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wnioski, wydruk

zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7, wraz z dokumentami niezbędnymi do przyznania i wypłaty zasiłku niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.

6. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, zakres informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość, o których mowa w ust. 3 pkt 3, oraz dokumenty niezbędne do przyznania i wypłaty zasiłków, o których mowa w ust. 4, mając na uwadze konieczność zapewnienia sprawnego i terminowego ustalania prawa do zasiłków i dokonywania ich wypłaty.”;

26) w art. 62:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Ubezpieczony dostarcza wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7:

- 1) do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – jeżeli płatnikiem zasiłku jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) płatnikowi składek – jeżeli płatnikiem zasiłku jest płatnik składek nieposiadający profilu informacyjnego płatnika składek.

2. Ubezpieczony, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2 lit. a, który został poinformowany, w formie pisemnej, o obowiązku dostarczania płatnikowi składek wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, dostarcza odpowiednio wydruk zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenie lekarskie płatnikowi składek, który przekazuje je niezwłocznie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, podając datę dostarczenia odpowiednio wydruku zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenia lekarskiego przez ubezpieczonego.”,

b) uchyla się ust. 3;

27) art. 69 otrzymuje brzmienie:

„Art. 69. Do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 61, art. 61a, art. 61b ust. 1, 3 i 4 i art. 63–68 oraz przepisy wydane na podstawie art. 61b ust. 6.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 180:

a) § 7 otrzymuje brzmienie:

„§ 7. W razie zgonu pracownicy lub porzucenia przez nią dziecka w czasie urlopu macierzyńskiego, pracownikowi-ojcu wychowującemu dziecko przysługuje prawo do niewykorzystanej części tego urlopu.”,

b) dodaje się § 8 w brzmieniu:

„§ 8. Pracownica legitymująca się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, której stan zdrowia uniemożliwia sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, po wykorzystaniu po porodzie co najmniej 8 tygodni urlopu macierzyńskiego, ma prawo zrezygnować z pozostałej części tego urlopu; w takim przypadku niewykorzystanej części tego urlopu udziela się pracownikowi-ojcu wychowującemu dziecko, na jego pisemny wniosek. Przepis § 6 stosuje się odpowiednio.”;

2) po art. 182^{1a} dodaje się art. 182^{1b} w brzmieniu:

„Art. 182^{1b} § 1. W razie zgonu matki dziecka niebędącej pracownicą albo porzucenia przez nią dziecka, a także jeżeli matka dziecka niebędąca pracownicą legitymuje się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji i stan jej zdrowia uniemożliwia jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, pracownikowi-ojcu wychowującemu dziecko przysługuje prawo do urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego – na warunkach i w okresie, w którym z tego urlopu lub z tych urlopów mogłaby korzystać matka dziecka będąca pracownicą.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672, z 2008 r. Nr 93, poz. 586, Nr 116, poz. 740, Nr 223, poz. 1460 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 56, poz. 458, Nr 58, poz. 485, Nr 98, poz. 817, Nr 99, poz. 825, Nr 115, poz. 958, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1704, z 2010 r. Nr 105, poz. 655, Nr 135, poz. 912, Nr 182, poz. 1228, Nr 224, poz. 1459, Nr 249, poz. 1655 i Nr 254, poz. 1700, z 2011 r. Nr 36, poz. 181, Nr 63, poz. 322, Nr 80, poz. 432, Nr 144, poz. 855, Nr 149, poz. 887 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 908 i 1110, z 2013 r. poz. 2, 675, 896 i 1028 oraz z 2014 r. poz. 208.

§ 2. Jeżeli pracownik-ojciec wychowujący dziecko zamierza korzystać z urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego w okolicznościach, o których mowa w § 1, na podstawie art. 179¹, wniosek o udzielenie tych urlopów pracownik składa w terminie wynikającym z art. 179¹, wnosząc również o udzielenie mu urlopu macierzyńskiego.

§ 3. Urlopu macierzyńskiego udziela się na pisemny wniosek pracownika-ojca wychowującego dziecko.

§ 4. We wniosku o udzielenie urlopu macierzyńskiego lub dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego albo ich części w okolicznościach, o których mowa w § 1, określa się termin rozpoczęcia urlopu oraz okres, w którym pracownik zamierza korzystać z urlopu albo jego części. Pracownik składa wniosek o urlop albo jego część nie później niż na 1 dzień przed rozpoczęciem korzystania z urlopu albo jego części. Pracodawca jest obowiązany uwzględnić wniosek pracownika.

§ 5. Jeżeli pracownik-ojciec wychowujący dziecko zamierza korzystać z dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub jego części na podstawie art. 182¹ bezpośrednio po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego lub bezpośrednio po wykorzystaniu pierwszej części dodatkowego urlopu macierzyńskiego, wniosek o udzielenie tego urlopu lub jego części pracownik składa w terminie wynikającym z art. 182¹ § 3, chyba że nie jest to możliwe w związku z terminem rozpoczęcia urlopu macierzyńskiego lub pierwszej części dodatkowego urlopu macierzyńskiego; wówczas w zakresie terminu na złożenie wniosku stosuje się odpowiednio § 4.

§ 6. Jeżeli pracownik-ojciec wychowujący dziecko zamierza korzystać z urlopu rodzicielskiego lub jego części na podstawie art. 182^{1a} bezpośrednio po wykorzystaniu dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub poprzedniej części urlopu rodzicielskiego, wniosek o udzielenie tego urlopu lub jego części pracownik składa w terminie wynikającym z art. 182^{1a} § 4, chyba że nie jest to możliwe w związku z terminem rozpoczęcia dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub poprzedniej części urlopu rodzicielskiego; wówczas w zakresie terminu na złożenie wniosku stosuje się odpowiednio § 4.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 20 czerwca 1985 r. o prokuraturze (Dz. U. z 2011 r. Nr 270, poz. 1599, z późn. zm.³⁾) w art. 51:

1) w ust. 2a:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Okres nieobecności w pracy z powodu choroby oraz niemożności wykonywania pracy, o której mowa w ust. 2, stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...) albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że w przypadku:”

b) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka prokuratora, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:

a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,

b) porodu lub choroby małżonka prokuratora lub rodzica dziecka prokuratora, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,

c) pobytu małżonka prokuratora lub rodzica dziecka prokuratora, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

– oświadczenie prokuratora.”;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 637, z 2013 r. poz. 1623 oraz z 2014 r. poz. 504. Tekst jednolity nie uwzględnia zmian ogłoszonych w Dz. U. z 2011 r. Nr 240, poz. 1430.

2) po ust. 2a dodaje się ust. 2aa w brzmieniu:

„2aa. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego odbywa się przy wykorzystaniu profilu informacyjnego, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zasadach określonych w tej ustawie. Prokuratorzy bezpośrednio przełożeni wykorzystują lub tworzą profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 tej ustawy.”;

3) ust. 2b otrzymuje brzmienie:

„2b. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 tej ustawy, zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku w przypadkach, o których mowa w ust. 2a pkt 1 i 3, decyzję, odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub jego kopię, prokurator jest obowiązany dostarczyć prokuratorowi bezpośrednio przełożonemu w terminie siedmiu dni od dnia ich otrzymania.”.

Art. 4. W ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2011 r. Nr 287, poz. 1687, z późn. zm.⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 121b w ust. 2 pkt 3–5 otrzymują brzmienie:

„3) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka policjanta, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 14. roku życia;

4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny; za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka policjanta, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z policjantem w okresie sprawowania nad nimi opieki;

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 627, 664, 908, 951 i 1529, z 2013 r. poz. 628, 675, 1351, 1635 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 486, 502, 538, 616, 1055 i 1199. Tekst jednolity nie uwzględnia zmian ogłoszonych w Dz. U. z 2011 r. Nr 217, poz. 1280 i Nr 230, poz. 1371.

- 5) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka policjanta, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:
- a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - b) porodu lub choroby małżonka policjanta lub rodzica dziecka policjanta, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,
 - c) pobytu małżonka policjanta lub rodzica dziecka policjanta, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”;
- 2) w art. 121c w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że:”;
- 3) art. 121d otrzymuje brzmienie:
- „Art. 121d. 1. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego odbywa się przy wykorzystaniu profilu informacyjnego, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zasadach określonych w tej ustawie. Kierownicy jednostek organizacyjnych Policji wykorzystują lub tworzą profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.
2. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a

ust. 7 tej ustawy, albo zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku w przypadkach, o których mowa w art. 121b ust. 2 pkt 5 lit. b i c oraz art. 121c ust. 1 pkt 1, policjant jest obowiązany dostarczyć przełożonemu właściwemu do spraw osobowych w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

3. Zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi albo decyzję, o której mowa w art. 121c ust. 1 pkt 5, policjant jest obowiązany dostarczyć właściwemu przełożonemu w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.

4. Oświadczenie o wystąpieniu okoliczności, o których mowa w art. 121b ust. 2 pkt 5 lit. a, policjant jest obowiązany złożyć przełożonemu właściwemu do spraw osobowych w terminie 7 dni od dnia ich zaistnienia.

5. W przypadku niedopełnienia obowiązków, o których mowa w ust. 2–4, nieobecność w służbie w okresie przebywania na zwolnieniu lekarskim uznaje się za nieobecność nieusprawiedliwioną, chyba że niedostarczenie zaświadczenia, oświadczenia albo decyzji nastąpiło z przyczyn niezależnych od policjanta.”;

4) w art. 121e ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Kontrola oświadczenia policjanta, o którym mowa w art. 121c ust. 1 pkt 3, polega na ustaleniu, czy nastąpiło nieprzewidziane zamknięcie żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko policjanta, lub na ustaleniu, czy niania lub dzienny opiekun dziecka przebywali na zwolnieniu lekarskim.”.

Art. 5. W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2011 r. Nr 116, poz. 675, z późn. zm.⁵⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 125b w ust. 2 pkt 3–5 otrzymują brzmienie:

„3) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 14. roku życia;

4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny; za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka funkcjonariusza, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 117, poz. 677, Nr 170, poz. 1015, Nr 171, poz. 1016 i Nr 230, poz. 1371, z 2012 r. poz. 627, 664, 769 i 951, z 2013 r. poz. 628, 675, 829, 1351 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 463, 486, 502, 616, 619 i 1055.

- powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z funkcjonariuszem w okresie sprawowania nad nimi opieki;
- 5) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:
- a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - b) porodu lub choroby małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,
 - c) pobytu małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”;
- 2) w art. 125c w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że:”;
- 3) art. 125d otrzymuje brzmienie:
„Art. 125d. 1. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego odbywa się przy wykorzystaniu profilu informacyjnego, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zasadach określonych w tej ustawie. Kierownicy jednostek organizacyjnych Straży Granicznej wykorzystują lub tworzą profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r.

o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

2. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 tej ustawy, albo zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku w przypadkach, o których mowa w art. 125b ust. 2 pkt 5 lit. b i c oraz w art. 125c ust. 1 pkt 1, funkcjonariusz jest obowiązany dostarczyć przełożonemu właściwemu do spraw osobowych w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

3. Zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi albo decyzję, o której mowa w art. 125c ust. 1 pkt 5, funkcjonariusz jest obowiązany dostarczyć właściwemu przełożonemu w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.

4. Oświadczenie o wystąpieniu okoliczności, o których mowa w art. 125b ust. 2 pkt 5 lit. a, funkcjonariusz jest obowiązany złożyć przełożonemu właściwemu do spraw osobowych w terminie 7 dni od dnia ich zaistnienia.

5. W przypadku niedopełnienia obowiązków, o których mowa w ust. 2–4, nieobecność w służbie w okresie przebywania na zwolnieniu lekarskim uznaje się za nieobecność nieusprawiedliwioną, chyba że niedostarczenie zaświadczenia, oświadczenia albo decyzji nastąpiło z przyczyn niezależnych od funkcjonariusza.”;

4) w art. 125e ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Kontrola oświadczenia funkcjonariusza, o którym mowa w art. 125c ust. 1 pkt 3, polega na ustaleniu, czy nastąpiło nieprzewidziane zamknięcie żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko funkcjonariusza, lub na ustaleniu, czy niania lub dzienny opiekun dziecka przebywali na zwolnieniu lekarskim.”.

Art. 6. W ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2013 r. poz. 1403, 1623 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 684) w art. 14:

1) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Zasiłek chorobowy, o którym mowa w ust. 2, przyznaje się i wypłaca na podstawie zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...) albo wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy.”;

2) uchyla się ust. 5.

Art. 7. W ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1340 i 1351 oraz z 2014 r. poz. 502 i 616) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 105b w ust. 2 pkt 3–5 otrzymują brzmienie:

- „3) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka strażaka, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 14. roku życia;
- 4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny; za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka strażaka, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym ze strażakiem w okresie sprawowania nad nimi opieki;
- 5) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka strażaka, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:
 - a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - b) porodu lub choroby małżonka strażaka lub rodzica dziecka strażaka, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,
 - c) pobytu małżonka strażaka lub rodzica dziecka strażaka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”;

2) w art. 105c wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby

i macierzyństwa albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że:”;

3) art. 105d otrzymuje brzmienie:

„Art. 105d. 1. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego odbywa się przy wykorzystaniu profilu informacyjnego, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zasadach określonych w tej ustawie. Kierownicy jednostek organizacyjnych Państwowej Straży Pożarnej wykorzystują lub tworzą profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

2. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 tej ustawy, albo zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku w przypadkach, o których mowa w art. 105b ust. 2 pkt 5 lit. b i c oraz w art. 105c pkt 1, strażak jest obowiązany dostarczyć przełożonemu właściwemu do spraw osobowych w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

3. Zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi albo decyzję, o której mowa w art. 105c pkt 5, strażak jest obowiązany dostarczyć właściwemu przełożonemu w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.

4. Oświadczenie o wystąpieniu okoliczności, o których mowa w art. 105b ust. 2 pkt 5 lit. a, strażak jest obowiązany złożyć właściwemu przełożonemu w terminie 7 dni od dnia ich zaistnienia.

5. W przypadku niedopełnienia obowiązków, o których mowa w ust. 2–4, nieobecność w służbie uznaje się za nieobecność nieusprawiedliwioną, chyba że niedostarczenie zaświadczenia, oświadczenia albo decyzji nastąpiło z przyczyn niezależnych od strażaka.”;

4) w art. 105e ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Kontrola oświadczenia strażaka, o którym mowa w art. 105c pkt 3, polega na ustaleniu, czy nastąpiło nieprzewidziane zamknięcie żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko strażaka, lub na ustaleniu, czy niania lub dzienny opiekun dziecka przebywali na zwolnieniu lekarskim.”.

Art. 8. W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.⁶⁾) w art. 50:

1) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Dane zgromadzone na kontach, o których mowa w ust. 3, udostępnia się komornikom sądowym, w zakresie niezbędnym do prowadzenia egzekucji, odpłatnie, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.”;

2) po ust. 10 dodaje się ust. 10a i 10b w brzmieniu:

„10a. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 10, nie może przekraczać 2% wysokości prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy.

10b. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, wysokość opłaty, o której mowa w ust. 10, oraz sposób jej wnoszenia, uzależniając wysokość opłaty od formy złożenia wniosku, udostępnienia danych i wysokości ponoszonych przez Zakład kosztów związanych z udzielaniem informacji, w szczególności kosztów wyszukania informacji i sporządzenia zaświadczenia, oraz mając na względzie konieczność zapewnienia sprawnego poboru opłaty.”.

Art. 9. W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1440, z późn. zm.⁷⁾) w art. 55 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 i 3 w brzmieniu:

„2. Przepis ust. 1 stosuje się również do ubezpieczonego, który przed zgłoszeniem wniosku o emeryturę, o której mowa w art. 27, miał ustalone prawo do emerytury z innego tytułu.

3. Przy obliczaniu emerytury, o której mowa w art. 27, zgodnie z art. 26, podstawę obliczenia, ustaloną zgodnie z art. 25 ust. 1, pomniejsza się o kwotę stanowiącą sumę kwot pobranych emerytur w wysokości przed odliczeniem zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych i składki na ubezpieczenie zdrowotne.”.

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1623, 1650 i 1717 oraz z 2014 r. poz. 567, 598, 1146 i 1161.

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1717 i 1734 oraz z 2014 r. poz. 496, 567, 683 i 684.

Art. 10. W ustawie z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu (Dz. U. z 2014 r. poz. 170, 502 i 616) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 108b w ust. 2 pkt 3–5 otrzymują brzmienie:
 - „3) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 14. roku życia;
 - 4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny; za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka funkcjonariusza, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z funkcjonariuszem w okresie sprawowania nad nimi opieki;
 - 5) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:
 - a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - b) porodu lub choroby małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,
 - c) pobytu małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”;
- 2) w art. 108c wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby

i macierzyństwa albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że:”;

3) art. 108d otrzymuje brzmienie:

„Art. 108d. 1. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego odbywa się przy wykorzystaniu profilu informacyjnego, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zasadach określonych w tej ustawie. Szef Biura Ochrony Rządu wykorzystuje lub tworzy profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

2. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 tej ustawy, albo zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku w przypadkach, o których mowa w art. 108b ust. 2 pkt 5 lit. b i c oraz w art. 108c pkt 1, funkcjonariusz jest obowiązany dostarczyć przełożonemu w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

3. Zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi albo decyzję, o której mowa w art. 108c pkt 5, funkcjonariusz jest obowiązany dostarczyć właściwemu przełożonemu w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.

4. Oświadczenie o wystąpieniu okoliczności, o których mowa w art. 108b ust. 2 pkt 5 lit. a, funkcjonariusz jest obowiązany złożyć przełożonemu w terminie 7 dni od dnia ich zaistnienia.

5. W przypadku niedopełnienia obowiązków, o których mowa w ust. 2–4, nieobecność w służbie w okresie przebywania na zwolnieniu lekarskim uznaje się za nieobecność nieusprawiedliwioną, chyba że niedostarczenie zaświadczenia, oświadczenia albo decyzji nastąpiło z przyczyn niezależnych od funkcjonariusza.”;

4) w art. 108e ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Kontrola oświadczenia funkcjonariusza, o którym mowa w art. 108c pkt 3, polega na ustaleniu, czy nastąpiło nieprzewidziane zamknięcie żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko funkcjonariusza, lub na ustaleniu, czy niania lub dzienny opiekun dziecka przebywali na zwolnieniu lekarskim.”.

Art. 11. W ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 427, z późn. zm.⁸⁾) w art. 94:

1) w § 2a:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Okres nieobecności w pracy z powodu choroby oraz niemożności wykonywania pracy, o której mowa w § 2, stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...) albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że w przypadku:”

b) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka sędziego, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:

- a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
- b) porodu lub choroby małżonka sędziego lub rodzica dziecka sędziego, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,
- c) pobytu małżonka sędziego lub rodzica dziecka sędziego, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – oświadczenie sędziego.”;

⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 662, 1165, 1247, 1433 i 1623 oraz z 2014 r. poz. 31, 481, 504, 512, 619 i 1071.

- 2) po § 2a dodaje się § 2aa w brzmieniu:

„§ 2aa. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego odbywa się przy wykorzystaniu profilu informacyjnego, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zasadach określonych w tej ustawie. Prezesi sądów wykorzystują lub tworzą profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 tej ustawy.”;

- 3) § 2b otrzymuje brzmienie:

„§ 2b. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 tej ustawy, zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku w przypadkach, o których mowa w § 2a pkt 1 i 3, decyzję, odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub jego kopię, sędzia jest obowiązany dostarczyć prezesowi sądu w terminie siedmiu dni od dnia ich otrzymania.”.

Art. 12. W ustawie z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2010 r. Nr 29, poz. 154, z późn. zm.⁹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 136b w ust. 2 pkt 3–5 otrzymują brzmienie:

- „3) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 14. roku życia;
- 4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny; za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka funkcjonariusza, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z funkcjonariuszem w okresie sprawowania nad nimi opieki;
- 5) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 182, poz. 1228 i Nr 238, poz. 1578, z 2011 r. Nr 53, poz. 273, Nr 84, poz. 455, Nr 117, poz. 677 i Nr 230, poz. 1371, z 2012 r. poz. 627 i 908, z 2013 r. poz. 628, 675 i 1351 oraz z 2014 r. poz. 502, 544, 616 i 1055.

- a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - b) porodu lub choroby małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,
 - c) pobytu małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”;
- 2) w art. 136c ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „1. Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza na zwykłym druku, z tym że:
- 1) w przypadku, o którym mowa w art. 136b ust. 2 pkt 2 – zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi;
 - 2) w przypadkach, o których mowa w art. 6 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – decyzja wydana przez właściwy organ albo uprawniony podmiot na podstawie przepisów o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
 - 3) w przypadku, o którym mowa w art. 136b ust. 2 pkt 5 lit. a – oświadczenie funkcjonariusza.”;
- 3) w art. 136d ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „1. Funkcjonariusz jest obowiązany dostarczyć przełożonemu posiadającemu uprawnienia w sprawach osobowych zaświadczenie lekarskie, zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi albo decyzję, o której mowa w art. 136c ust. 1 pkt 2, w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.”;

4) w art. 136e ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Kontrola oświadczenia funkcjonariusza, o którym mowa w art. 136c ust. 1 pkt 3, polega na ustaleniu, czy nastąpiło nieprzewidziane zamknięcie żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko funkcjonariusza, lub na ustaleniu, czy niania lub dzienny opiekun dziecka przebywali na zwolnieniu lekarskim.”.

Art. 13. W ustawie z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2009 r. Nr 167, poz. 1322, z późn. zm.¹⁰⁾) w art. 9 w ust. 4:

1) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Jeżeli niezdolność do pracy ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 3 pkt 3, powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia wypadkowego, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, z zastrzeżeniem art. 8 ust. 3, stanowi:”;

2) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) kwota otrzymanego za ten miesiąc stypendium – dla ubezpieczonych będących osobami pobierającymi stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez powiatowy urząd pracy lub inny podmiot kierujący, lub pobierającymi stypendium na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w okresie odbywania studiów podyplomowych,”.

Art. 14. W ustawie z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. z 2013 r. poz. 499 oraz z 2014 r. poz. 504, 1031 i 1081) w art. 45:

1) w § 6a:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Okres nieobecności w pracy z powodu choroby oraz niemożności wykonywania pracy, o której mowa w § 6, stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...) albo wydruk zaświadczenia

¹⁰⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 257, poz. 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 122, poz. 696 i Nr 138, poz. 808 oraz z 2012 r. poz. 637.

lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że w przypadku:”,

b) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) konieczności osobistego sprawowania przez sędziego opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka sędziego, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:

a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,

b) porodu lub choroby małżonka sędziego lub rodzica dziecka sędziego, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,

c) pobytu małżonka sędziego lub rodzica dziecka sędziego, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

– oświadczenie sędziego.”;

2) po § 6a dodaje się § 6aa w brzmieniu:

„§ 6aa. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego odbywa się przy wykorzystaniu profilu informacyjnego, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zasadach określonych w tej ustawie. Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego wykorzystuje lub tworzy profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 tej ustawy.”;

3) § 6b otrzymuje brzmienie:

„§ 6b. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 tej ustawy, zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku w przypadkach, o których mowa w § 6a pkt 1 i 3, decyzję, odpis skrócony aktu

urodzenia dziecka lub jego kopię, sędzia jest obowiązany dostarczyć Pierwszemu Prezesowi Sądu Najwyższego w terminie siedmiu dni od dnia ich otrzymania.”.

Art. 15. W ustawie z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 593, z późn. zm.¹¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 60b w ust. 1 pkt 4–6 otrzymują brzmienie:

- „4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka żołnierza zawodowego, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 14. roku życia;
- 5) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny; za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka żołnierza zawodowego, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z żołnierzem zawodowym w okresie sprawowania nad nimi opieki;
- 6) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka żołnierza zawodowego, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:
 - a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - b) porodu lub choroby małżonka żołnierza zawodowego lub rodzica dziecka żołnierza zawodowego, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,

¹¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679, Nr 113, poz. 745, Nr 127, poz. 857, Nr 182, poz. 1228 i Nr 238, poz. 1578, z 2011 r. Nr 22, poz. 114, Nr 112, poz. 654, Nr 122, poz. 696, Nr 171, poz. 1016 i Nr 236, poz. 1396, z 2013 r. poz. 675, 829, 852 i 1355 oraz z 2014 r. poz. 502.

- c) pobytu małżonka żołnierza zawodowego lub rodzica dziecka żołnierza zawodowego, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”;
- 2) w art. 60c wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 22 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że:”;
- 3) art. 60d otrzymuje brzmienie:
„Art. 60d. 1. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego odbywa się przy wykorzystaniu profilu informacyjnego, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zasadach określonych w tej ustawie. Dowódcy jednostek wojskowych wykorzystują lub tworzą profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.
2. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 tej ustawy, albo zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku w przypadkach, o których mowa w art. 60b ust. 1 pkt 6 lit. b i c oraz art. 60c pkt 1, żołnierz zawodowy jest obowiązany dostarczyć dowódcy jednostki wojskowej w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.
3. Zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi albo decyzję, o której mowa w art. 60c pkt 5, żołnierz zawodowy jest obowiązany dostarczyć dowódcy jednostki wojskowej w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.
4. Oświadczenie o wystąpieniu okoliczności, o których mowa w art. 60b ust. 1 pkt 6 lit. a, żołnierz zawodowy jest obowiązany złożyć dowódcy jednostki wojskowej w terminie 7 dni od dnia ich zaistnienia.
5. W przypadku niedopełnienia obowiązków, o których mowa w ust. 2–4, żołnierz zawodowy traci prawo do uposażenia za cały okres zwolnienia, chyba że

niedostarczenie zaświadczenia, oświadczenia albo decyzji nastąpiło z przyczyn niezależnych od żołnierza.”;

4) w art. 60e ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Kontrola oświadczenia żołnierza zawodowego, o którym mowa w art. 60c pkt 3, polega na ustaleniu, czy nastąpiło nieprzewidziane zamknięcie żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko żołnierza zawodowego, lub na ustaleniu, czy niania lub dzienny opiekun dziecka przebywali na zwolnieniu lekarskim.”;

5) art. 132 otrzymuje brzmienie:

„Art. 132. Do żołnierzy pełniących służbę kandydacką stosuje się odpowiednio przepisy art. 5 ust. 1–7, art. 8, art. 8a, art. 18, art. 50a ust. 1–5, art. 51, art. 54, art. 56 ust. 1–4, art. 57, art. 59 ust. 1 i 2, art. 60a, art. 60b ust. 1 pkt 1–3, art. 60c pkt 1, 2 i 5, art. 60d ust. 1–3, art. 60e ust. 1, 2, 7, 9 i 15–17, art. 67 ust. 1–6, art. 67a ust. 1, art. 67b ust. 1, art. 67c, art. 70 ust. 1–3, art. 91 ust. 1–3, art. 105, art. 106, art. 107 ust. 1–3, art. 108 ust. 1–3 i art. 108a–110 oraz przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 8, art. 50a ust. 6, art. 56 ust. 5, art. 59 ust. 3, art. 67 ust. 7, art. 67a ust. 2, art. 67b ust. 2, art. 70 ust. 4, art. 91 ust. 4, art. 107 ust. 4 i art. 108 ust. 4.”.

Art. 16. W ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r. poz. 674, z późn. zm.¹²⁾) w art. 80 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Bezrobotni, z wyjątkiem odbywających leczenie w zakładzie lecznictwa odwykowego, są obowiązani do przedstawienia zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...), albo wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy. Nieprzedstawienie odpowiednio zaświadczenia lekarskiego albo wydruku zaświadczenia lekarskiego w wymaganej formie skutkuje pozbawieniem statusu bezrobotnego z pierwszym dniem niezdolności do pracy.”.

¹²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 675, 829, 1291, 1623, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 567, 598 i 1146.

Art. 17. W ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. z 2012 r. poz. 621, z późn. zm.¹³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 102b w ust. 2 pkt 3–5 otrzymują brzmienie:
 - „3) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 14. roku życia;
 - 4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny; za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka funkcjonariusza, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z funkcjonariuszem w okresie sprawowania nad nimi opieki;
 - 5) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:
 - a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - b) porodu lub choroby małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,
 - c) pobytu małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”;
- 2) w art. 102c w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza na zwykłym druku, z tym że:”;

¹³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 627 i 664, z 2013 r. poz. 628, 675, 1247 i 1351 oraz z 2014 r. poz. 502, 616 i 1055.

3) w art. 102e ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Kontrola oświadczenia funkcjonariusza, o którym mowa w art. 102c ust. 1 pkt 2, polega na ustaleniu, czy nastąpiło nieprzewidziane zamknięcie żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko funkcjonariusza, lub na ustaleniu, czy niania lub dzienny opiekun dziecka przebywali na zwolnieniu lekarskim.”.

Art. 18. W ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1106) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 96b w ust. 2 pkt 3–5 otrzymują brzmienie:

- „3) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 14. roku życia;
- 4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny; za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka funkcjonariusza, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z funkcjonariuszem w okresie sprawowania nad nimi opieki;
- 5) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:
 - a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - b) porodu lub choroby małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,
 - c) pobytu małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu

lecniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”;

2) w art. 96c ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza na zwykłym druku, zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 22 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że:

- 1) w przypadku, o którym mowa w art. 96b ust. 2 pkt 2 – zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi;
- 2) w przypadkach, o których mowa w art. 6 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa – decyzja wydana przez właściwy organ albo uprawniony podmiot na podstawie przepisów o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 3) w przypadku, o którym mowa w art. 96b ust. 2 pkt 5 lit. a – oświadczenie funkcjonariusza.”;

3) w art. 96d ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 tej ustawy, zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku, zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi albo decyzję, o której mowa w art. 96c ust. 1 pkt 2, funkcjonariusz jest obowiązany dostarczyć przełożonemu właściwemu w sprawach osobowych, w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.”;

4) w art. 96e ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Kontrola oświadczenia funkcjonariusza, o którym mowa w art. 96c ust. 1 pkt 3, polega na ustaleniu, czy nastąpiło nieprzewidziane zamknięcie żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko funkcjonariusza, lub na ustaleniu, czy niania lub dzienny opiekun dziecka przebywali na zwolnieniu lekarskim.”.

Art. 19. W ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego (Dz. U. z 2014 r. poz. 253, 502 i 1055) w art. 46 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim żołnierzy zawodowych, o których mowa w ust. 1, w przypadkach uzasadnionych charakterem, miejscem, sposobem lub rodzajem wykonywanych zadań służbowych stwierdza się na zasadach określonych w art. 96c ust. 2 i 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego.”.

Art. 20. W ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.¹⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 50 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) rejestru prowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w zakresie, o którym mowa w art. 56 ust. 2 pkt 1–6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...)”;

2) w art. 52 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Naczelna Rada Lekarska udostępnia Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych informacje zawarte w Centralnym Rejestrze Lekarzy.”.

Art. 21. W ustawie z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2014 r. poz. 173, 502 i 616) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 60c w ust. 2 pkt 3–5 otrzymują brzmienie:

„3) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 14. roku życia;

4) konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny; za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, rodzica dziecka funkcjonariusza, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku powyżej 14 lat, jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z funkcjonariuszem w okresie sprawowania nad nimi opieki;

¹⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779 i 1247.

- 5) konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem własnym lub małżonka funkcjonariusza, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8. roku życia, w przypadku:
- a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
 - b) porodu lub choroby małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki nad dzieckiem,
 - c) pobytu małżonka funkcjonariusza lub rodzica dziecka funkcjonariusza, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.”;
- 2) w art. 60d wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...) albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 tej ustawy, z tym że:”;
- 3) po art. 60d dodaje się art. 60da w brzmieniu:
„Art. 60da. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego odbywa się przy wykorzystaniu profilu informacyjnego, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zasadach określonych w tej ustawie. Kierownicy jednostek organizacyjnych Służby Więziennej wykorzystują lub tworzą profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 tej ustawy.”;
- 4) w art. 60e ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. Wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego

w razie choroby i macierzyństwa, zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7 tej ustawy, zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku w przypadkach, o których mowa w art. 60c ust. 2 pkt 5 lit. b i c oraz w art. 60d pkt 1, zaświadczenie jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi albo decyzję, o której mowa w art. 60d pkt 5, funkcjonariusz jest obowiązany dostarczyć kierownikowi jednostki organizacyjnej, w której pełni służbę, w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.”;

5) w art. 60f ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Kontrola oświadczenia funkcjonariusza, o którym mowa w art. 60d pkt 3, polega na ustaleniu, czy nastąpiło nieprzewidziane zamknięcie żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko funkcjonariusza, lub na ustaleniu, czy niania lub dzienny opiekun dziecka przebywali na zwolnieniu lekarskim.”.

Art. 22. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657 i Nr 174, poz. 1039 oraz z 2014 r. poz. 183, 998 i 1138) w art. 4 w ust. 3 w pkt 1 dodaje się lit. ra w brzmieniu:

„ra) dane dotyczące zaświadczenia lekarskiego, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...).”.

Art. 23. 1. Zasiłki chorobowe, wyrównawcze, macierzyńskie i opiekuńcze oraz świadczenie rehabilitacyjne, do których prawo powstało przed dniem wejścia w życie art. 1 pkt 8–12, wypłaca się na zasadach i w wysokości obowiązujących przed tym dniem za cały okres nieprzerwanej niezdolności do pracy.

2. Świadczenie rehabilitacyjne przyznane po zakończeniu pobierania zasiłku chorobowego, do którego prawo powstało przed dniem wejścia w życie art. 1 pkt 8–12, ustala się z uwzględnieniem podstawy wymiaru zasiłku chorobowego ustalonej według zasad obowiązujących przed tym dniem.

3. Jeżeli prawo do zasiłku osoby niebędącej pracownikiem powstało przed dniem wejścia w życie art. 1 pkt 8–12, a po wejściu w życie tych przepisów ma miejsce przerwa w pobieraniu zasiłku albo nastąpi zmiana rodzaju pobieranego zasiłku, przepisu art. 43 ustawy, o której mowa w art. 1, nie stosuje się.

Art. 24. 1. Lekarze, lekarze dentyści, felczerzy i starsi felczerzy upoważnieni do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, zwanych dalej „zaświadczeniami lekarskimi”, mogą wystawiać zaświadczenia lekarskie zgodnie z przepisami ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2017 r.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, lekarz, lekarz dentysta, felczer lub starszy felczer wystawiający zaświadczenia lekarskie informują ubezpieczonego o konieczności doręczenia zaświadczenia lekarskiego odpowiednio płatnikowi zasiłku lub płatnikowi składek w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Przepisy art. 62 ustawy, o której mowa w art. 1, stosuje się w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

3. Do zaświadczeń lekarskich stosuje się odpowiednio przepisy:

- 1) art. 51 ust. 2b i 2d ustawy, o której mowa w art. 3 niniejszej ustawy,
- 2) art. 121d ust. 2 i 5 ustawy, o której mowa w art. 4 niniejszej ustawy,
- 3) art. 125d ust. 2 i 5 ustawy, o której mowa w art. 5 niniejszej ustawy,
- 4) art. 105d ust. 2 i 5 ustawy, o której mowa w art. 7 niniejszej ustawy,
- 5) art. 108d ust. 2 i 5 ustawy, o której mowa w art. 10 niniejszej ustawy,
- 6) art. 94 § 2b i 2d ustawy, o której mowa w art. 11 niniejszej ustawy,
- 7) art. 45 § 6b i 6d ustawy, o której mowa w art. 14 niniejszej ustawy,
- 8) art. 60d ust. 2 i 5 ustawy, o której mowa w art. 15 niniejszej ustawy,
- 9) art. 96d ust. 1 i 3 ustawy, o której mowa w art. 18 niniejszej ustawy,
- 10) art. 60e ust. 1 i 3 ustawy, o której mowa w art. 21 niniejszej ustawy

– w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

4. Lekarze, lekarze dentyści, felczerzy i starsi felczerzy upoważnieni do wystawiania zaświadczeń lekarskich na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, przez okres, o którym mowa w ust. 1, mogą wystawiać zaświadczenia lekarskie zgodnie z przepisami ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, bez konieczności składania oświadczenia, o którym mowa w art. 54 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

5. Zaświadczenia lekarskie są równoważne z dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, o których mowa w art. 53 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 25. 1. Płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.⁶⁾), obowiązani do przekazywania dokumentów niezbędnych do prowadzenia kont płatników składek i kont ubezpieczonych oraz korekty tych dokumentów przez transmisję danych w formie dokumentu elektronicznego na podstawie art. 47a ust. 1 tej ustawy, są obowiązani utworzyć profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie później niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

2. Płatnik składek nieposiadający profilu informacyjnego płatnika składek informuje ubezpieczonego podlegającego ubezpieczeniu chorobowemu, w formie pisemnej, do dnia 31 grudnia 2014 r., o obowiązku dostarczania, począwszy od dnia 1 stycznia 2015 r., wydruku zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenia lekarskiego, o których mowa w art. 55a ust. 6 i 7 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Płatnik składek, o którym mowa w ust. 2, w przypadku utworzenia profilu informacyjnego płatnika składek, w terminie 7 dni od dnia utworzenia tego profilu informuje ubezpieczonego, w formie pisemnej, o ustaniu obowiązku dostarczania wydruku zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenia lekarskiego, o których mowa w art. 55a ust. 6 i 7 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 26. Ubezpieczonemu, o którym mowa w art. 29 ust. 4 i 5b ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, który w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy spełnia warunki do wypłaty zasiłku macierzyńskiego, przysługuje prawo do tego zasiłku również za okres przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, od dnia zaistnienia przesłanek uprawniających do tego zasiłku.

Art. 27. 1. W sprawach, w których organ rentowy ustalił wysokość emerytury z uwzględnieniem przepisów art. 55 ustawy, o której mowa w art. 9, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, wysokość emerytury ustala się ponownie na wniosek osoby uprawnionej.

2. Decyzję w sprawie ponownego ustalenia wysokości emerytury organ rentowy wydaje w terminie 60 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji.

Art. 28. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 2–7, art. 2, art. 3 pkt 1 lit. b, art. 4 pkt 1 i 4, art. 5 pkt 1 i 4, art. 7 pkt 1 i 4, art. 10 pkt 1 i 4, art. 11 pkt 1 lit. b, art. 12 pkt 1 i 4, art. 14 pkt 1 lit. b, art. 15 pkt 1 i 4, art. 17 pkt 1 i 3, art. 18 pkt 1 i 4, art. 21 pkt 1 i 5, art. 25 i art. 26, które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 8–12, art. 9, art. 13, art. 23 i art. 27, które wchodzi w życie pierwszego dnia czwartego miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia;
- 3) art. 55b ust. 3 ustawy wymienionej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.;
- 4) art. 6 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.

Wykaz rozbieżności powstałych w trakcie uzgodnień projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw

Lp.	Proponowane zmiany	Podmiot zgłaszający uwagi	Treść uwagi	Stanowisko MPiPS
1.	Art. 1 pkt. 8 projektu (art. 36-48)	Minister Finansów	MF proponuje zmiany uzależniające okres wypłacania zasiłku macierzyńskiego od okresu ubezpieczenia. MF proponuje przyznanie ubezpieczonym prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego w wymiarze 14 tygodni niezależnie od posiadanego okresu ubezpieczenia. Natomiast przy posiadanym okresie ubezpieczenia chorobowego powyżej 14 tygodni, ale nie niższym niż 12 miesięcy okres wypłacania zasiłku macierzyńskiego odpowiadałby okresowi ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia powyżej 12 miesięcy uprawniałby do zasiłku macierzyńskiego za pełen okres urlopu macierzyńskiego/rodzicielskiego.	Propozycja uzależnienia okresu wypłaty zas. macierzyńskiego od okresu opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe była tematem obrad Komitetu Rady Ministrów jak i Rady Ministrów nad założeniami do projektu ustawy. Propozycja ta nie została przyjęta. Wprowadzenie proponowanych zmian oznaczałoby pogorszenie warunków nabywania prawa do zasiłku macierzyńskiego w stosunku do obecnie obowiązującej sytuacji.
2.	Art. 1 pkt 14 projektu (art. 54)	Prezes GUS	Prezes GUS zwrócił uwagę na różnice w zapisach różnych projektów aktów prawnych, zgodnie z którymi pracownicy medyczni tworząc tego samego rodzaju dokumenty elektroniczne dotyczące poszczególnych pacjentów będą musieli korzystać z różnych systemów potwierdzania ich autentyczności (w przypadku e-skierowań, recept i zleceń będzie to podpis elektroniczny, w przypadku e-zwolnień – kwalifikowany certyfikat albo profil zaufany ePUAP. Skutkiem tego będą dodatkowe koszty oraz utrudnienia wynikające z konieczności posługiwania się dwoma standardami przy tworzeniu ww. dokumentów elektronicznych przez świadczeniodawców usług medycznych.	Zaświadczenia lekarskie wystawiane w systemie teleinformatycznym ZUS jako dokumenty elektroniczne służą m.in. do wypłaty świadczeń krótkoterminowych, w związku z czym konieczne jest aby podpisane były odpowiednim podpisem elektronicznym, odpowiadającym pod względem skutków prawnych podpisowi własnoręcznemu. Warunki takie spełnia, zgodnie z ustawą z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany certyfikatem kwalifikowanym. Podpisem elektronicznym spełniającym wymagane warunki jest również profil zaufany ePUAP w rozumieniu art. 3 pkt 14 ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.
3.	Art. 1 pkt 15 projektu	Minister Sprawiedliwości	MS wskazał na projektowany art. 55 ust. 2, zgodnie z którym wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje zaświadczenie	Przepis art. 1 pkt 14, w którym zawarty jest projektowany art. 55 ust. 2 reguluje, gdzie przekazywane jest zaświadczenie tj. na

	(art. 55 ust. 2)		na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS. Natomiast z uzasadnienia do projektu wynika, że po wystawieniu zaświadczenia będzie ono z chwilą wypełnienia formularza i jego podpisania automatycznie przekazywane na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS.	elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS. W uzasadnieniu natomiast wskazano, że czynność ta będzie wykonana automatycznie – w momencie podpisania dokumentu. Czynność wysłania na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS z czynnością podpisywania będzie zintegrowana, tak aby zminimalizować operacje wykonywane przez lekarza.
4.	Art. 1 pkt 15 projektu (art. 55 ust. 3)	Prezes NFZ	Prezes NFZ zwrócił uwagę na brak uregulowań dotyczących zasad wydawania zaświadczeń lekarskich w formie dokumentu elektronicznego osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Prezes NFZ proponuje, aby w art. 1 pkt 13 projektu wprowadzającym zmiany do art. 55 ust. 3 ustawy chorobowej uwzględnić sytuacje związane z wystawianiem przez lekarzy zwolnień lekarskich w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Prezes NFZ proponuje rozważenie uzupełnienia regulacji, tak by w zaświadczeniu lekarskim była możliwość wpisania państwa ubezpieczenia, instytucji ubezpieczeniowej oraz numeru identyfikacyjnego osoby w kraju ubezpieczenia np. na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wystawianej przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, która najczęściej pełni rolę instytucji ubezpieczenia chorobowego.	Przepisy o koordynacji nie przewidują by zaświadczenie otrzymane w innym państwie członkowskim było przekazywane za pośrednictwem instytucji miejsca zamieszkania /pobytu. Zaświadczenie lekarskie otrzymane od lekarza leczącego w państwie zamieszkania/pobytu - ubezpieczony winien przekazać bezpośrednio do instytucji właściwej odpowiedzialnej za wypłatę świadczeń.
5.	Art. 1 pkt 16 projektu (art. 55a)	Minister Sprawiedliwości	MS proponuje wprowadzić zamiast nazwy skróconej- nazwy lub firmy płatnika. MS zwrócił uwagę na rządowy projekt ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym oraz o zmianie niektórych innych ustaw, zgodnie z którym tworzenie konta płatnika składek wpisanego do KRS będzie następowało z chwilą automatycznego zamieszczenia w Centralnym Rejestrze Płatników Składek danych przekazanych z Centralnego Rejestru Podmiotów – Krajowej Ewidencji Podatników a więc w innym niż dotychczas trybie. Zamieszczane automatycznie dane składać się będą z danych objętych treścią wpisu w KRS oraz danych uzupełniających. W zakresie przekazywanych danych nie znajdzie się informacja o nazwie skróconej płatnika składek wpisanego do KRS. W związku z tym nie będzie możliwe przekazywanie wystawiającemu	Na potrzeby prawidłowego wypełnienia zaświadczenia lekarskiego niezbędne jest udostępnienie danych, o których mowa w art. 55a ust. 2 pkt 1b. Aktualny i projektowany wzór zaświadczenia zawiera informację dot. danych płatnika: NIP lub PESEL. Dodatkowe udostępnienie wystawiającemu nazwy skróconej płatnika będzie służyło jednoznacznej identyfikacji płatnika, tak aby lekarz mógł potwierdzić u ubezpieczonego aktualność danych udostępnianych przez ZUS. Potwierdzenie w oparciu o identyfikator numeryczny mogłoby stanowić trudność, natomiast nazwa skrócona jest daną znaną ubezpieczonemu, występującą we wszystkich dokumentach związanych z ubezpieczeniami. Konieczność podawania w dokumentach ubezpieczeniowych nazwy skróconej płatnika

			informacji o nazwie skróconej płatnika będącego podmiotem wpisanym do KRS.	składek wynika z art. 43 ust. 5 ustawy o sus.
6.	Art. 1 pkt 16 projektu (art. 55a ust. 2)	GIODO	<p>GIODO zwrócił uwagę na kwestię zakresu danych o ubezpieczonych, który będzie dostępny dla wystawiających zaśw. lekarskie na ich profilach informacyjnych. Zdaniem GIODO projekt w szerszy sposób winien precyzować dostęp do danych ubezpieczonego np. różnicując dostęp do wcześniej wystawionych zaświadczeń lekarskich w zależności od specjalizacji.</p> <p>Według GIODO każdy podmiot powinien otrzymać dostęp do określonych informacji wyłącznie w zakresie niezbędnym dla wystawienia konkretnego zwolnienia lekarskiego..</p> <p>Zdaniem GIODO projektowana ustawa winna w sposób szerszy określać kontrolę dostępu do danych zawartych w rejestrach prowadzonych przez ZUS.</p>	<p>Udostępnianie lekarzowi informacji o zaświadczeniach wystawionych wcześniej dla danego ubezpieczonego jest istotne, ponieważ umożliwia zliczenie i ustalenie okresów zasiłkowych. Zgodnie z art. 57 ustawy lekarz jest zobowiązany podawać informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość z zastosowaniem odpowiednich kodów literowych. Wgląd do zaświadczeń wystawionych wcześniej jest pomocny do dokonania prawidłowych ustaleń w tym zakresie.</p> <p>Ponadto formularz zaśw. lekarskiego nie zawiera danych wrażliwych – poza nr. statystycznym choroby oraz kodami literowymi mającymi wpływ na prawo do świadczenia lub na jego wysokość.</p> <p>Lekarz wystawiający zaśw. lekarskie i orzekający o niezdolności do pracy nie jest związany swoją specjalizacją, a więc może orzec o niezdolności do pracy także z zakresu nieobjętego specjalizacją. Ponadto lekarzom zostaną udostępnione tylko te dane z rejestrów centralnych, które są niezbędne do wystawienia zaświadczenia. Przewiduje się monitorowanie dostępu do danych. Dodatkowym zabezpieczeniem przed nieuprawnionym dostępem do danych będzie udostępnianie danych z repliki KSI (wydzielonych struktur danych) tym samym KSI ZUS pozostanie odizolowany od systemów zewnętrznych.</p>
7	Art. 1 pkt 17 projektu (art. 56 ust. 2)	GIODO	<p>GIODO zwrócił uwagę na fakt, iż przetwarzane dane osobowe (dot. rejestru lekarzy) winne być przetwarzane wyłącznie w zakresie niezbędnym z punktu widzenia określonego celu przetwarzania danych.</p> <p>Wg. GIODO pożądaną winna być sytuacja, w której na określone osoby nakładane są obowiązki posługiwania się takimi informacjami, jakie w danym stanie prawnym te osoby identyfikują się.</p>	Zgodnie z projektowanym art. 55 ust. 3 lekarz identyfikowany będzie numerem prawa wykonywania zawodu. Jeżeli natomiast chodzi o identyfikację ubezpieczonego i płatnika to projektowana ustawa nie wprowadza nowych zasad w tym zakresie, odnosi się do zasad zawartych w art. 35 ustawy o sus, która jest wiodąca dla rozstrzygnięcia tych kwestii.
8.	Art. 1 pkt 24	GIODO	GIODO zwrócił uwagę na kwestię przetwarzania przez ZUS	Określenie szczegółowego zakresu informacji o

	projektu (art. 61b ust. 3 pkt 3 w zw z ust. 4 i 5 tego przepisu)		informacji dotyczących okoliczności mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość w oparciu o akt prawny rangi rozporządzenia. GIODO podkreślił, że zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt 2 przetwarzanie danych szczególnie chronionych, wymienionych w art. 27 ust. 1 jest dopuszczalne, jeżeli przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony.	okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku lub jego wysokość w rozporządzeniu jest prawnie dopuszczalne. Nie są to dane wrażliwe w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych, na co wskazuje fakt, że już obecnie kwestie te określone są w rozporządzeniu z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.
9.	Uwagi ogólne	Minister Finansów	MF wskazał na konieczność uwzględnienia służby celnej przy projektowaniu regulacji dotyczących zaświadczeń lekarskich. Funkcjonariusze celni objęci są powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych, podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu (nie podlegają ubez. chorobowemu). Zaświadczenie lekarskie służy usprawiedliwieniu nieobecności w służbie.	Uwaga jest bezzasadna bowiem funkcjonariusze służby celnej będą otrzymywali zaświadczenia lekarskie na zasadach określonych w art. 58 projektu ustawy, ustalonych dla płatników składek rozliczających składki za więcej niż 5 osób tj. zaświadczenie lekarskie będzie udostępniane bezpłatnie na profilu informacyjnym płatnika składek w systemie teleinformatycznym ZUS.
10.		Szef ABW	Szef ABW zaproponował wprowadzenie rozwiązań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa przetwarzanych danych. (zapis analogiczny jak przy wydawaniu aktów wykonawczych do ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia). Ponadto Szef ABW wskazał na brak informacji czy system teleinformatyczny będzie systemem teleinformatycznym w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną i czy system będzie zgodny z przepisami ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, która również określa na mocy art. 18 Krajowe Ramy Interoperacyjności (Dz. U. z 2012 r. poz. 526) czyli minimalne wymagania dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej dla systemów teleinformatycznych. Szef ABW zaproponował dodanie do projektu ustawy przepisu zapewniającego bezpieczeństwo udostępniania danych systemu teleinformatycznego.	Dane funkcjonariuszy ABW już obecnie są przetwarzane przez KSI ZUS zarówno w kontekście zgłoszeń i rozliczeń związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym, jak i zwolnień lekarskich. Jeśli funkcjonariusz ABW ma wystawiane zaświadczenie o niezdolności do pracy na drukach ZUS ZLA, to niezbędne dane są pozyskiwane przez lekarza bezpośrednio od pacjenta, a następnie wprowadzane i przetwarzane w systemie na podstawie dostarczanego przez lekarza w ciągu 7 dni od wystawienia, oryginału zaświadczenia lekarskiego. System teleinformatyczny, w którym udostępniane są profile informacyjne klientów, istnieje w ZUS od 2012 r. Jego wdrożenie poprzedzone było szczegółową analizą legalności i bezpieczeństwa. Systematycznie przeprowadzane są testy bezpieczeństwa, które nie stwierdziły nieprawidłowości w tym zakresie.
11.		Szef CBA	Szef CBA zaproponował dodanie przepisu mówiącego, iż do zaświadczeń lekarskich na zwykłym druku wystawianych na podstawie odrębnych przepisów, nie stosuje się art. 55-55b oraz art. 57-62 oraz wydanych na ich podstawie przepisów	Zawarte w art. 102c ustawy o CBA sformułowanie „zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza na zwykłym druku” przesądza, że nie jest to zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7

			wykonawczych. Zgodnie ze zmianami przyjętymi ustawą z dnia 24 stycznia br. o Policji, ustawy o SG, ustawy o PSP, ustawy o BOR, ustawy o ABW oraz AW, ustawy o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego, ustawy o SW oraz niektórych innych ustaw okres przebywania przez funkcjonariusza CBA na zwolnieniu lekarskim lub konieczność sprawowania opieki nad członkiem rodziny stwierdza zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza na zwykłym druku.	zmienianej ustawy. Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa wymienia jako jeden z dokumentów wymaganych w określonych sytuacjach do wypłaty zasiłku „zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku” (art. 53 ust. 2 i 3). Do tych zaświadczeń nie będą miały zastosowania zasady przewidziane dla „zaświadczeń lekarskich”.
12.		Minister Sprawiedliwości	MS wskazał, że proponowane regulacje, zgodnie z którymi profil informacyjny płatnika składek jest tworzony za pomocą systemu teleinformatycznego i zobowiązanie płatników składek do jego utrzymywania mogą spowodować wzrost wydatków w części 15 „Sądy powszechne” i w części 37 „Sprawiedliwość”.	Założenie i utrzymywanie profilu informacyjnego jest całkowicie bezpłatne.

Raport z konsultacji społecznych do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw

Lp.	Proponowane zmiany	Podmiot zgłaszający uwagi	Treść uwagi	Stanowisko MPiPS
1.	Art. 1 pkt 8-9 (art. 48 oraz 48a ustawy)	Forum Związków Zawodowych	<p>Zdaniem FZZ zaproponowane zmiany w art. 48 i 48a są nieczytelne, ponieważ osobami nie będącymi pracownikami są również zleceniobiorcy.</p> <p>Płatnikom składek będzie trudno wyliczyć stawkę dzienną zasiłku dla takich osób, z uwagi na brak danych co do wysokości podstawy wymiaru składek przed zatrudnieniem zleceniobiorcy u płatnika, jeżeli w okresie krótszym od 30 dni przed zatrudnieniem u obecnego pracodawcy zleceniobiorca wykonywał umowę zlecenia u innego płatnika składek.</p> <p>Może to zaowocować przekazywaniem spraw do ZUS ponieważ płatnicy mogą nie wypłacać zasiłków w obawie przed popełnieniem pomyłki.</p>	<p>Projektowane rozwiązanie nie przewiduje uwzględniania w podstawie wymiaru przychodu uzyskanego u innego płatnika składek.</p> <p>Uwzględniany będzie wyłącznie poprzedni okres ubezpieczenia, uwzględniany również dla celów ustalenia prawa do zasiłku chorobowego.</p> <p>Okres ten jest udokumentowany odpowiednim zaświadczeniem poprzedniego płatnika składek lub ZUS, dlatego obawa, że płatnik składek będzie występował do ZUS o ustalenie podstawy wymiaru zasiłku jest nieuzasadniona.</p>
2.	Art. 1 pkt 14 (art. 54 ustawy)	Porozumienie Zielonogórskie	Zdaniem PZ musi istnieć możliwość wprowadzania zwolnienia z oprogramowania lekarza a nie tylko portal do wprowadzania zwolnień.	<p>Uwaga nie została uwzględniona.</p> <p>Zwolnienia lekarskie będą mogły być wystawiane przy użyciu PUE – bezpośrednio na profilu informacyjnym lekarza lub w aplikacjach gabinetowych usługodawców medycznych.</p> <p>Przewiduje się przygotowanie odpowiednich usług umożliwiających integrację oprogramowania posiadanego przez lekarzy z oprogramowaniem ZUS.</p>
3.		Porozumienie Zielonogórskie	Zdaniem PZ to ZUS powinien informować małego pracodawcę, a nie lekarz przez pacjenta o zwolnieniu bądź utracie ważności zaświadczenia lekarskiego – to czynność administracyjna a nie lecznicza, która w sposób zbędny obciąża lekarza.	<p>Uwaga nie została uwzględniona.</p> <p>Logicznym jest, że jeżeli błąd w zaświadczeniu lekarskim popełnił lekarz to właśnie on powinien być zobligowany do przekazania ubezpieczonemu informacji o tym fakcie i ewentualnie nowego, poprawnie wystawionego zaświadczenia lekarskiego, które ubezpieczony przekaże swojemu płatnikowi składek.</p>

				Zasiłki wypłacane są na wniosek ubezpieczonego, zatem przekazanie płatnikowi wniosku oraz wydruku zaświadczenia lekarskiego powinno leżeć po stronie ubezpieczonego, co wynika z przepisów wykonawczych do Kodeksu pracy, w zakresie usprawiedliwiania nieobecności pracownika w pracy.
4.	Art. 1 pkt 15 (art. 55 ust. 3 ustawy)	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	W opinii PPOZ należy odstąpić od wpisywania przez lekarza pracodawcy (bądź przerzucić ten obowiązek na ZUS) oraz zaniechać zastąpienia identyfikatora lekarza jego danymi personalnymi, numerem prawa wykonywania zawodu oraz adresem udzielania świadczeń.	Uwaga nie została uwzględniona. Dane płatnika składek ubezpieczonego zostaną przeniesione na zaświadczenie lekarskie z konta ubezpieczonego. Są one niezbędne do zagwarantowania by wystawione zaświadczenie zostało przekazane na odpowiedni profil płatnika składek.
5.	Art. 1 pkt 16 (art. 55a ustawy)	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	W opinii PPOZ potwierdzanie aktualności lub uzyskanie przez lekarza aktualnych lub brakujących danych pacjenta oznacza, faktyczne porządkowanie bazy danych ZUS przez lekarzy.	Weryfikowanie przez lekarza aktualności pobranych z konta ubezpieczonego danych jest uzasadnione przede wszystkim koniecznością zamieszczenia w zaświadczeniu lekarskim aktualnych danych, które nie zostały jeszcze zgłoszone do ZUS.
6.		Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Według PPOZ w razie awarii ręczne wpisanie danych do zaświadczenia, podpisanie go i opatrzenie pieczęcią, a następnie wysłanie do ZUS zwiększa obowiązki administracyjne spoczywające na lekarzach.	Projektowane rozwiązanie musi uwzględniać tryb postępowania w sytuacjach wyjątkowych, jak np. brak możliwości wystawienia zaświadczenia lekarskiego w formie elektronicznej z powodów technicznych.
7.		Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Według PPOZ niezrozumiałe jest uprawnienie ubezpieczonego do każdorazowego żądania wydruku zaświadczenia.	Zaświadczenie lekarskie w postaci elektronicznej będzie dokumentem domyślnie wystawianym ubezpieczonemu. Forma papierowa jest jedynie jej uzupełnieniem i zaświadczenie w postaci wydruku wystawiane będą tylko w ściśle określonych w ustawie przypadkach.
8.		Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	PPOZ wskazuje, że projekt ustawy nie zawiera regulacji dotyczących sytuacji gdy ubezpieczonemu wystawiane będą co najmniej dwa zaświadczenia lekarskie ze względu na zatrudnienie w dwóch lub większej liczbie podmiotów.	W związku z tym, że zaświadczenie lekarskie zawiera m.in. dane płatnika składek ubezpieczonego oczywiste jest i nie wymaga doprecyzowania w projekcie ustawy, że w razie zatrudnienia u dwóch lub więcej pracodawców lekarz wystawia odpowiednią liczbę zaświadczeń lekarskich (odrębną dla każdego pracodawcy). Zasada ta obowiązuje także obecnie – lekarz wystawia tyle zaświadczeń na drukach ZUS ZLA u ilu pracodawców ubezpieczony wykonuje pracę.

9.	Naczelna Rada Lekarska	Zdaniem NRL wydrukowanie zaświadczenia lekarskiego należy ograniczyć tylko do sytuacji, gdy płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego.	Zaświadczenie lekarskie w postaci elektronicznej będzie dokumentem domyślnie wystawianym ubezpieczonemu. Forma papierowa jest jedynie jej uzupełnieniem i zaświadczenie w postaci wydruku wystawiane będą tylko w ściśle określonych w ustawie przypadkach.
10.	Naczelna Rada Lekarska	Według NRL konieczne jest rozważenie zobowiązania do założenia profili informacyjnych płatników zatrudniających poniżej 5 osób, co ujednotoczy zasady wystawiania zaświadczeń.	Uwaga nie została uwzględniona. Propozycja wykracza poza przyjęte przez Radę Ministrów założenia. Ponadto zgodnie z art. 47a ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych płatnicy zatrudniający poniżej 5 osób mogą składać niezbędne do prowadzenia kont płatników składek dokumenty w postaci pisemnej.
11.	Naczelna Rada Lekarska	NRL wskazuje, że projekt ustawy nie rozstrzyga, co w sytuacji gdy pacjent zatrudniony jest w dwóch lub większej liczbie podmiotów, z których tylko część posiada profil informacyjny.	W związku z tym, że zaświadczenie lekarskie zawiera m.in. dane płatnika składek ubezpieczonego oczywiste jest i nie wymaga doprecyzowania w projekcie ustawy, że w razie zatrudnienia u dwóch lub więcej pracodawców lekarz wystawia odpowiednią liczbę zaświadczeń lekarskich (odrębną dla każdego pracodawcy). Zasada ta obowiązuje także obecnie – lekarz wystawia tyle zaświadczeń na drukach ZUS ZLA u ilu pracodawców ubezpieczony wykonuje pracę.
12.	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	W opinii OPZZ „co najmniej kuriozalny” jest obowiązek poprawiania bądź uzupełniania przez lekarza ewentualnych nieścisłości w danych pacjenta.	Weryfikowanie przez lekarza aktualności pobranych z konta ubezpieczonego danych oraz ich ewentualna korekta jest uzasadnione przede wszystkim koniecznością zamieszczenia w zaświadczeniu lekarskim aktualnych danych pacjenta, które nie zostały jeszcze zgłoszone do ZUS. Oznacza to zminimalizowanie ryzyka popełnienia błędu w zaświadczeniu lekarskim oraz konieczności jego poprawiania.

13.	Art. 1 pkt 20 (art. 58a ustawy)	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Według PPOZ niejasne jest w jaki sposób lekarz poprawione zaświadczenie wręczy ubezpieczonemu czy płatnikowi. Obowiązek ten powinien spoczywać na ZUS.	W razie zaistnienia konieczności sprostowania błędu w wystawionym zaświadczeniu lekarskim (co powinno się zdarzać rzadko) logicznym jest, że jeżeli błąd w zaświadczeniu lekarskim popełnił lekarz to właśnie on powinien być zobligowany do przekazania ubezpieczonemu informacji o tym fakcie i ewentualnie nowego, poprawnie wystawionego zaświadczenia lekarskiego, które ubezpieczony przekaze swojemu płatnikowi składek.
14.		Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Zdaniem PPOZ należy zmienić termin dostarczenia skorygowanego zaświadczenia lekarskiego z „3 dni” na „3 dni robocze”.	Uwaga została uwzględniona.
15.	Art. 1 pkt 25 (art. 61b ustawy)	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	Według PPOZ niezrozumiałe jest dlaczego w postępowaniu o przyznanie zasiłku, w sytuacji gdy ZUS jest płatnikiem, ubezpieczony musi dostarczyć wydruk zaświadczenia lekarskiego.	Zgodnie z projektowanymi rozwiązaniami wypłata zasiłku przez ZUS nastąpi na podstawie jednego z dokumentów: wydruku zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenia lekarskiego na wydrukowanym formularzu albo wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego albo wniosku ubezpieczonego zgłoszonego przez płatnika składek. Jeżeli płatnik składek otrzyma zaświadczenie na swój profil albo ubezpieczony złoży płatnikowi nieposiadającemu profilu zaświadczenie w formie wydruku lub na wydrukowanym formularzu, nie będzie wymagane złożenie do ZUS żadnego dodatkowego dokumentu przez ubezpieczonego. Dokument, którym dysponować będzie płatnik składek może być traktowany jak wniosek o wypłatę zasiłku, a płatnik przekaze do ZUS jedynie informację o wniosku ubezpieczonego.
16.	Art. 8	Forum Związków Zawodowych	W opinii FZZ zaproponowane zmiany w zakresie uzależnienia wysokości opłaty pobieranej przez ZUS od komorników sądowych za udostępnienie danych zgromadzonych na kontach ubezpieczonego od formy złożenia wniosku oraz wysokości ponoszonych przez ZUS kosztów są przedwczesne, ze względu na minimalny odsetek wniosków składanych przez komorników drogą elektroniczną i brakiem możliwości przesyłania tą drogą przez ZUS odpowiedzi na wnioski, co według FZZ oznacza, że argument o zmniejszeniu kosztów jest w tym wypadku bezzasadny.	Zaproponowana zmiana poprzedzona była analizą statystyczną liczby wniosków od komorników, w zależności od kanału wpływu: pocztą oraz za pośrednictwem PUE. Pokazała ona, że liczba wniosków wpływających do ZUS drogą elektroniczną, począwszy od I kwartału 2013 r., systematycznie się zwiększa, w końcu 2013 r. wyniosła niemalże 70% ogółu. ZUS drogą elektroniczną przesyła również odpowiedzi na wnioski – komornicy korzystają z tej drogi uzyskiwania odpowiedzi bez ograniczeń.

17.		Krajowa Rada Komornicza	Zdaniem KRK opłata za udostępnienie komornikom informacji niezbędnych do prowadzenia egzekucji wzrośnie niemal dwukrotnie, co może wpłynąć na sposób prowadzenia egzekucji i możliwość uzyskania wiedzy na temat majątku dłużnika. Według KRK opłata ta nie ma stanowić dochodu Skarbu Państwa lub ZUS, a jedynie pokrywać koszty związane z udzieleniem informacji wskazanych we wniosku komornika.	Nie przewiduje się podniesienia wysokości opłaty, ponadto ZUS nie będzie mógł jej dowolnie naliczać. Odzwierciedlać ona będzie realny koszt przygotowania informacji o którą wnioskować będą komornicy oraz zależeć będzie od formy wniosku. W projekcie ustawy określona została jedynie górna granica wysokości opłaty.
19.	Pozostałe	Porozumienie Zielonogórskie	Zdaniem PZ umowy o współpracy lekarzy i ZUS winny być renegocjowane po wprowadzeniu ustawy	Uwaga nie została uwzględniona. ZUS nie zawiera z lekarzami żadnych umów o współpracy a upoważnia ich, w drodze decyzji administracyjnej wydawanej na wniosek zainteresowanego lekarza, do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.
20.		Porozumienie Zielonogórskie	Zdaniem PZ winny być dopuszczone inne druki jako zwalniające z pracy dla sytuacji typu pobyt za granicą lub korzystanie z usług lekarza bez uprawnienia z ZUS.	Uwaga nie została uwzględniona. Stosownie do przepisów UE o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego osobom podlegającym ubezpieczeniu w innym państwie członkowskim UE lekarz państwa członkowskiego miejsca zamieszkania, który dokonał ustaleń dotyczących jego stanu zdrowia poświadczają niezdolność do pracy oraz prawdopodobny okres tej niezdolności. Dane zawarte w zaświadczeniu o niezdolności do pracy sporządzonym na podstawie diagnozy medycznej lekarza bądź instytucji przeprowadzającej badanie mają taką samą wartość prawną jak zaświadczenie sporządzone w kraju pochodzenia. Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub macierzyństwa zaświadczenia lekarskie są wystawiane na ustalonym druku wyłącznie przez lekarzy posiadających upoważnienie ZUS.
21.		Porozumienie Zielonogórskie	Zdaniem PZ w przypadku wystawiania zaświadczeń lekarskich, o których mowa w art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 oraz wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6 lekarzowi z tego tytułu powinno przysługiwać wynagrodzenie w wysokości odpowiednio 50 PLN, 50 PLN, 60 PLN, wypłacane przez ZUS	Uwaga nie została uwzględniona. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy jest jednym z elementów postępowania diagnostyczno-leczniczego wobec ubezpieczonego, nie ma zatem uzasadnienia by wystawianie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy było finansowane przez ZUS.

22.		Porozumienie Zielonogórskie	Zdaniem PZ zbędne jest nakładanie na lekarza obowiązku aktualizacji swoich danych w ZUS ponieważ ZUS powinien pobierać odpowiednie dane z centralnego rejestru lekarzy jaki zostanie utworzony w ramach projektu e-zdrowie realizowanego przez CSIOZ w 2014 r.	Uwaga nie została uwzględniona. Z uwagi na konieczność dysponowania aktualną bazą danych lekarzy upoważnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich do czasu nowelizacji ustawy o izbach lekarskich. ZUS zgłosił odpowiednie uwagi do projektu ustawy o izbach lekarskich, w których postuluje wprowadzenie przepisów zapewniających Zakładowi prawo do korzystania z informacji o lekarzach, zgromadzonych w rejestrach prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie oraz w Centralnym Rejestrze Lekarzy prowadzonym przez naczelną Radę Lekarską.
23.		Naczelna Rada Lekarska	W opinii NRL orzekanie o czasowej niezdolności do pracy jest elementem systemu ubezpieczeń społecznych. Prawidłowe funkcjonowanie tego systemu należy do zadań ZUS.	Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy jest jednym z elementów postępowania diagnostyczno-leczniczego wobec ubezpieczonego, nie ma zatem uzasadnienia by wystawianie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy było finansowane przez ZUS.
24.		Naczelna Rada Lekarska	Zdaniem NRL nie znajduje uzasadnienia sytuacja w której lekarz wykonuje czynności na rzecz ZUS nieodpłatnie, w związku z czym postuluje przyznanie lekarzom wystawiającym zaświadczenia lekarskie osobnego wynagrodzenia.	Uwaga nie została uwzględniona. W świetle przepisów ustawy <i>o zawodzie lekarza i lekarza dentysty</i> orzekanie o stanie zdrowia i związane z tym wystawianie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy jest częścią wykonywania zawodu lekarza oraz jest jednym z elementów postępowania diagnostyczno-leczniczego wobec ubezpieczonego. Mając na uwadze powyższe oraz fakt, że projektowane rozwiązania niewątpliwie usprawnią i uprosczą czynności związane z wystawianiem zaświadczeń postulat przyznania wynagrodzenia jest bezzasadny.
25.		Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	Według OPZZ obniżenie wynagrodzenia na czas niezdolności do pracy do 80% podstawy jest zbyt wysokim kosztem dla ubezpieczonych, dlatego postulują przywrócenie prawa do zasiłków w wysokości 100% podstawy wymiaru.	Uwaga nie została uwzględniona. Nie znajduje ona oparcia w założeniach przyjętych przez Radę Ministrów.
26.	Uzasadnienie	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	Zdaniem OPZZ w uzasadnieniu do projektu pomija się istotną kwestię prawa ubezpieczonego do decyzji czy chce korzystać ze zwolnienia lekarskiego, ponieważ system e-zwolnień będzie dostarczał je do pracodawcy automatycznie, tym samym obligując pracownika do jego wykorzystania, dlatego należy wprowadzić	Ubezpieczony, który świadczył pracę mimo zwolnienia lekarskiego nie ma prawa do zasiłku chorobowego bowiem zachowuje prawo do wynagrodzenia. Natomiast kwestia czy ubezpieczony niezdolny do pracy z powodu choroby może zostać dopuszczony do świadczenia

			niezbędną w tym zakresie regulację.	pracy jest zagadnieniem z zakresu prawa pracy – nie zaś ubezpieczeń społecznych.
27.	Forum Związków Zawodowych	W opinii FZZ w uzasadnieniu do projektu ustawy brakuje informacji jak będą chronione przed dostępem podmiotów nieupoważnionych dane osobowe wykorzystywane w procesie obsługi e-zwolnień oraz kto będzie ponosił odpowiedzialność za ewentualne przekazanie e-zwolnienia do nieuprawnionego podmiotu.		W projekcie ustawy przewidziano, że lekarz wystawiający zaświadczenia lekarskie będzie zobowiązywał się do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych. Ustawa o ochronie danych osobowych reguluje zarówno kwestie dotyczące obowiązków administratora danych, jak i odpowiedzialności za naruszenie przepisów o ochronie danych osobowych.
29.	Forum Związków Zawodowych	Zdaniem FZZ w uzasadnieniu do projektu brakuje określenia szczegółów związanych z obsługą małych płatników składek, którzy nie będą mieli obowiązku korzystania z NPI ZUS. Ponadto nie przedstawiono propozycji zmian w KSI ZUS, brakuje opisu procesu unifikacji widoczności e-zwolnień dla wszystkich podmiotów jednocześnie oraz wyjaśnień w jaki sposób system będzie sam identyfikował płatnika składek.		W projekcie przewidziano szczegółowe zasady wydawania zaświadczeń lekarskich dla pracowników zatrudnionych u tzw. małych płatników, którzy nie będą ustawowo zobligowani do posiadania profilu informacyjnego płatnika składek. Szczegóły w kwestii widoku zaświadczeń lekarskich w systemie teleinformatycznym ZUS są przedmiotem wymagań od oprogramowania i nie powinny być przedmiotem zapisów ustawowych.

W trakcie konsultacji partnerzy społeczni (Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych, Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia oraz Naczelna Rada Lekarska) zgłosili szereg uwag o ogólnym charakterze, które wyrażały opinię o przedwczesności wprowadzenia projektowanych zmian oraz wyrażały zaniepokojenie stanem przygotowania i funkcjonowania systemów informatycznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do obsługi projektowanych rozwiązań. Środowisko lekarskie podnosiło również kwestię kosztów, jakie w związku z wprowadzeniem nowych rozwiązań poniosą lekarze oraz zagadnienie wydłużenia i uciążliwości dla lekarzy nowej procedury wystawiania zaświadczeń, jak również postulat zmniejszenia zakresu danych zawartych w zaświadczeniu lekarskim oraz możliwości jego podpisywania za pomocą nowego „Prawa wykonywania zawodu” odpowiadającego tworzonej obecnie Karcie Profesjonalisty Medycznego.

Uwagi te nie znajdują uzasadnienia, ponieważ systemy informatyczne ZUS w oparciu o które ma funkcjonować system elektronicznych zaświadczeń lekarskich mają być zintegrowane, przetestowane i gotowe do obsługi systemu na dzień wejścia w życie ustawy. Od początku 2013 r. w ZUS trwają prace analityczne w zakresie przygotowania wymagań dla systemu informatycznego do obsługi e-zwolnień, w tym do

integracji z aplikacjami dotychczas obsługującymi zaświadczenia lekarskie w formie papierowej. Stan przygotowania ZUS do wprowadzenia nowych rozwiązań z zakresu e-zwolnień jest zaawansowany. Projekt integrujący systemy zasiłkowe z platformą PUE jest obecnie w trakcie realizacji, a co za tym idzie systemy zasiłkowe będą w pełni obsługiwały e-zwolnienia. Przeprowadzone zostaną testy akceptacyjne oraz pilotaż. Gotowość rozwiązań informatycznych jest przewidziana na dzień wejścia w życie ustawy. Należy mieć jednak na uwadze, że szczegóły techniczne w kwestii wydajności systemu nie powinny być przedmiotem zapisów w ustawie lecz wymagań od oprogramowania.

Ponadto – uwzględniając uwagi środowiska lekarskiego – w projekcie przewiduje się odpowiednio długi okres przejściowy (do 31 XII 2017 r.), który pozwoli lepiej przygotować klientów do oczekujących ich zmian oraz dostosować systemy współpracujące po stronie lekarzy. Dodatkowo propozycja okresu przejściowego uzasadniona jest ze względu na wejście w życie opracowywanych przez Ministerstwo Zdrowia przepisów o prowadzeniu dokumentacji medycznej oraz wystawianiu recept w formie elektronicznej co zapobiegnie powstaniu ewentualnych trudności w przepływie informacji.

System elektronicznych zaświadczeń lekarskich nie będzie generował kosztów po stronie świadczeniodawców ponieważ profile informacyjne lekarzy, niezbędne do wystawiania e-zwolnień będą tworzone za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS. Nie zakłada się dodatkowych kosztów po stronie wystawiających zaświadczenia lekarskie, gdyż już obecnie w służbie zdrowia wymagane jest posiadanie komputera oraz dostęp do Internetu. Wymaga tego Narodowy Fundusz Zdrowia do składania sprawozdań i wniosków oraz wprowadzenie systemu EWUŚ. Kolejne, prowadzone przez NFZ i CSIOZ projekty, zakładają pełną informatyzację służby zdrowia, a ta wymagała będzie pełnego dostępu do systemów dostępnych przez Internet.

Nowe rozwiązania ułatwią pracę lekarzom, ponieważ zdecydowana większość danych zostanie automatycznie pobrana z bazy danych ZUS przez system informatyczny, po podaniu przez lekarza numeru PESEL ubezpieczonego, zaś lekarz będzie wprowadzał jedynie dane związane z niezdolnością do pracy oraz, ewentualnie kody literowe mające wpływ na prawo do świadczenia lub jego wysokość, co wydatnie skróci czas potrzebny do wystawienia zaświadczenia przez lekarza. Co więcej – procedura poprawiania błędnych zaświadczeń lekarskich nie będzie uciążliwa dla lekarzy, ponieważ projektowane rozwiązanie nie będzie zbytnio odbiegać od stosowanego obecnie.

Postulat autoryzacji zaświadczeń lekarskich przy użyciu Kart Profesjonalisty Medycznego, powiązanych z prawem do wykonywania zawodu nie znajduje uzasadnienia, ponieważ zaświadczenia lekarskie, jako dokumenty elektroniczne służące m.in. do wypłaty odpowiednich

świadczeń powinny być podpisane odpowiednim podpisem elektronicznym, odpowiadającym pod względem skutków prawnych podpisowi własnoręcznemu. Warunki takie spełnia bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany certyfikatem kwalifikowanym oraz zaufany profil ePUAP. Podpisywanie e-zwolnień lekarskich kartą specjalisty medycznego byłoby możliwe po ustawowym zrównaniu takiego podpisu z podpisem własnoręcznym.

UZASADNIENIE

Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159) reguluje zasady przyznawania zasiłków z ubezpieczenia chorobowego, sposób ich obliczania oraz zasady dokumentowania prawa do tych zasiłków. Projekt ustawy ma na celu zmianę formy i trybu wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy oraz sposobu obliczania podstawy wymiaru zasiłków dla niektórych grup ubezpieczonych. Kolejnym celem projektowanej ustawy jest rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do zasiłku macierzyńskiego o ubezpieczonych ojców dziecka w sytuacji śmierci nieubezpieczonej matki, porzucenia przez nią dziecka lub jej niepełnosprawności powodującej niemożność sprawowania opieki nad dzieckiem oraz wyeliminowanie nierównego traktowania ubezpieczonych urodzonych przed 1949 r. w stosunku do ubezpieczonych urodzonych po 1948 r.

1. Zmiana formy zaświadczeń lekarskich

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „ZUS”, upoważnia lekarza, lekarza dentyzę, felczera i starszego felczera, zwanych dalej „wystawiającymi”, do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w szpitalu albo konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny, po złożeniu przez niego pisemnego oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy. Kwestie te regulują przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwanej dalej „ustawą”.

Zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy wystawiane są na odpowiednim druku, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229).

Dążąc do usprawnienia procesu wystawiania zaświadczeń lekarskich, jak również ich doręczania podmiotom uprawnionym do wypłaty zasiłków, proponuje się wprowadzenie

zmian w przepisach ustawy zmierzających do wystawiania i przesyłania zwolnień lekarskich w formie elektronicznej.

Celem projektu ustawy jest:

- 1) poprawa efektywności procesu obsługi zaświadczeń lekarskich;
- 2) skrócenie czasu koniecznego do wypełnienia zaświadczenia lekarskiego przez wystawiających;
- 3) zniesienie obowiązku przesyłania do ZUS oryginałów papierowych zaświadczeń lekarskich, a także przechowywania przez wystawiającego drugiej kopii zaświadczeń przez wymagane ustawowo trzy lata;
- 4) zniesienie obowiązku dostarczania płatnikowi składek zaświadczeń lekarskich przez ubezpieczonego;
- 5) docelowa likwidacja obsługi papierowych bloczków formularzy ZUS ZLA;
- 6) automatyczne informowanie płatników składek o zaświadczeniach wystawionych ich ubezpieczonym;
- 7) wyeliminowanie ręcznego wprowadzania do systemu przez pracowników ZUS danych z zaświadczeń lekarskich wydanych na formularzach papierowych;
- 8) zwiększenie możliwości prowadzenia działań kontrolnych; elektroniczne zaświadczenia lekarskie będą trafiały bezpośrednio do systemu informatycznego ZUS, co umożliwi szybsze podejmowanie przez pracowników ZUS kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, co dotyczy zwłaszcza zwolnień krótkoterminowych;
- 9) udostępnienie wystawiającym przeglądu poprzednich zwolnień lekarskich przez dostęp do informacji, kiedy, na jaki okres i z powodu jakiego schorzenia zaświadczenia te zostały wystawione;
- 10) ograniczenie możliwości popełniania nadużyć; elektroniczne zaświadczenie lekarskie jest znacznie trudniejsze do sfalszowania niż papierowe.

W ustawie przewiduje się wprowadzenie zmian w zakresie wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy. Zmiany będą dotyczyły w szczególności formy wystawiania zaświadczeń lekarskich, sporządzania wydruku wystawionych zaświadczeń lekarskich oraz zaświadczeń lekarskich wystawionych na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego.

Projektowane regulacje określają, że dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby – przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości – będą zarówno zaświadczenia lekarskie wystawiane w sposób, o którym mowa w projektowanym art. 55 ust. 1 ustawy (dokument elektroniczny), jak i wydruki wystawionych zaświadczeń lekarskich, o których mowa w art. 55a ust. 6 ustawy, oraz zaświadczenia lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, o których mowa w projektowanym art. 55a ust. 7 ustawy. Ponadto, przez określony czas, wystawiający będą mogli wystawiać zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy również w sposób i w formie dotychczas obowiązującej. Zmiana zaproponowana w art. 55 ust. 1 ustawy wprowadza, jako docelowy, obowiązek wystawiania zaświadczeń lekarskich w formie dokumentu elektronicznego.

Zgodnie z projektowanym art. 55a ust. 2 ustawy wystawiający zwolnienia lekarskie – na podstawie uzyskanych od ubezpieczonego w trakcie wizyty danych identyfikacyjnych – będą mieli na swoim profilu informacyjnym dostęp do danych ubezpieczonego, jego płatników składek, a także członków rodziny, jeżeli zwolnienie od wykonywania pracy związane będzie z koniecznością sprawowania osobistej opieki nad członkiem rodziny. Dane te będą automatycznie zapisane w zaświadczeniu lekarskim, przy czym aktualność tych danych powinna zostać potwierdzona przez ubezpieczonego. Wystawiający zaświadczenie lekarskie będą wpisywać dane wynikające z oceny stanu zdrowia pacjenta, np. numer statystyczny choroby, okres niezdolności do pracy.

Wystawiający zaświadczenie lekarskie będą zobowiązani do uzyskania danych od ubezpieczonego, w przypadku gdy dane ubezpieczonego, jego płatników lub członków rodziny nie zostaną udostępnione na profilu informacyjnym wystawiającego albo gdy zostaną udostępnione dane niekompletne lub nieaktualne, np. w przypadku osób ubezpieczonych w innych instytucjach, np. KRUS. Swoje profile informacyjne wystawiający zaświadczenie lekarskie będą tworzyli za pomocą systemu teleinformatycznego bezpłatnie udostępnionego przez ZUS.

Wystawione w ten sposób zaświadczenie lekarskie (wypełnione i podpisane) przekazywane będzie automatycznie (tj. z chwilą wypełnienia formularza elektronicznego zaświadczenia lekarskiego przez wystawiającego i jego podpisania) na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS.

Zgodnie z projektowanym art. 55a ust. 6 ustawy obok zaświadczenia lekarskiego w postaci elektronicznej funkcjonować będzie wydruk zaświadczenia lekarskiego wystawionego w postaci elektronicznej. Dla ważności wydruku zaświadczenia lekarskiego będzie on zawierał także podpis i pieczętkę wystawiającego. Sporządzenie wydruku zaświadczenia lekarskiego będzie możliwe tylko po wystawieniu zaświadczenia lekarskiego w postaci elektronicznej. Wystawiający będą zobowiązani do sporządzenia wydruku zaświadczenia lekarskiego na żądanie ubezpieczonego, przy czym w niektórych przypadkach ubezpieczony będzie zobowiązany do zażądania wydruku, tj. w sytuacjach, gdy płatnik składek nie będzie zobowiązany do założenia profilu informacyjnego płatnika składek, czyli platformy elektronicznej, na którą płatnikom ją posiadającym ZUS będzie przekazywał otrzymane zwolnienia lekarskie. Pracodawcy nieposiadający profilu będą otrzymywali wydruk zaświadczenia lekarskiego bezpośrednio od ubezpieczonego.

W okolicznościach określonych w projektowanym art. 55a ust. 7 ustawy wystawiający zaświadczenie lekarskie będzie mógł sporządzać zaświadczenia lekarskie w formie pisemnej. Sytuacja taka nastąpi np. w przypadku braku połączenia internetowego, co może mieć miejsce w trakcie wizyty w domu ubezpieczonego. W takich sytuacjach będzie możliwość skorzystania z gotowych blankietów mających postać zaświadczenia lekarskiego, uprzednio wydrukowanych z programu przez wystawiającego. Każdy blankiet wydrukowany przez wystawiającego ze swojego profilu będzie posiadać identyfikator i będzie rejestrowany przez system.

Wypełniony przez wystawiającego pismem odręcznym, opieczętowany i podpisany blankiet stanowić będzie zaświadczenie lekarskie, które wystawiający wręczy ubezpieczonemu. Wystawiający będzie sporządzał zaświadczenie lekarskie na podstawie danych przekazanych przez ubezpieczonego podczas wizyty. Po wystawieniu zaświadczenia w sposób, o którym mowa w art. 55a ust. 7 ustawy, wystawiający będzie zobowiązany do wprowadzenia zaświadczenia do systemu teleinformatycznego ZUS w ciągu 3 dni roboczych od daty wystawienia zaświadczenia w formie pisemnej. Jeżeli przekazanie zaświadczenia lekarskiego w tym terminie nie będzie możliwe, wystawiający będzie zobowiązany do przekazania zaświadczenia lekarskiego w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie zaświadczenia lekarskiego.

Zgodnie z projektowanym art. 58a, w przypadku gdy w wystawionym zaświadczeniu zostanie popełniony błąd, wystawiający zaświadczenie lekarskie będzie zobowiązany do przekazania na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS informacji o tym fakcie oraz, jeżeli będzie to konieczne – do wystawienia nowego zaświadczenia lekarskiego. Projekt przewiduje, że wystawiający będzie zobowiązany do przekazania takiej informacji w terminie 3 dni roboczych od dnia stwierdzenia błędu lub otrzymania informacji o stwierdzeniu błędu. Z aktualnej praktyki wynika, że źródłem takiej informacji jest najczęściej płatnik składek, ubezpieczony lub ZUS. Jeżeli błąd będzie miał wpływ na prawo do zasiłku, ZUS będzie zobowiązany do wydania decyzji o braku prawa do zasiłku lub o zmianie jego wysokości.

W projekcie ustawy określone zostały również zasady doręczania zaświadczeń lekarskich do płatników składek. Doręczenie zaświadczenia lekarskiego będzie następowało przez skrzynkę podawczą ZUS na profil informacyjny płatnika składek (bez numeru statystycznego choroby), a gdy płatnik składek nie będzie posiadał profilu – wydruk zaświadczenia będzie dostarczany przez ubezpieczonego. Zgodnie z projektowanym art. 62 ust. 1 ustawy, płatnik składek nieposiadający profilu informacyjnego (bo nigdy nie rozliczał składek za więcej niż 5 osób), a tym samym niemający możliwości otrzymania zaświadczenia lekarskiego w postaci elektronicznej z ZUS, będzie otrzymywał od ubezpieczonego wydruk zaświadczenia lekarskiego. W takich przypadkach ubezpieczony obowiązany będzie do uzyskania od wystawiającego wydruku zaświadczenia lekarskiego i dostarczenia go do płatnika składek. Projektowany art. 58 ust. 5 ustawy zobowiązuje płatnika składek nieposiadającego profilu do informowania ubezpieczonego w pierwszym dniu podlegania przez niego ubezpieczeniu chorobowemu o obowiązku dostarczenia wydruku zaświadczenia lekarskiego. Ponadto informacja, czy płatnik składek posiada profil informacyjny, będzie udostępniana wystawiającemu.

Pewność usprawiedliwienia nieobecności w pracy z powodu choroby pracownika zatrudnionego przez pracodawcę rozliczającego składki za nie więcej niż 5 osób będzie zapewniona możliwie szeroko, tj. zarówno poprzez informację pracodawcy o konieczności doręczenia zwolnienia, jak i przez wystawiającego, który powiadomiony o braku profilu informacyjnego płatnika wyda ubezpieczonemu wydruk zaświadczenia lekarskiego.

Zgodnie z projektowanym art. 55b ust. 2, ZUS zobowiązany będzie do przechowywania zaświadczeń lekarskich przez okres 3 lat od końca roku kalendarzowego, w którym zaświadczenie zostało wystawione.

W projektowanym art. 59 ust. 9 ustawy przyjęto, że również wystawienie zaświadczenia przez lekarza orzecznika ZUS będzie odbywało się w formie dokumentu elektronicznego. Doręczenie zaświadczenia będzie następowało przez ZUS na profil informacyjny płatnika składek, a gdy płatnik składek nie będzie posiadał profilu – wydruk zaświadczenia będzie dostarczany bezpośrednio przez ubezpieczonego.

Zgodnie z projektowanym art. 61b postępowanie o wypłatę zasiłku w przypadku, kiedy płatnikiem zasiłku jest płatnik składek, będzie wszczynane na podstawie zaświadczenia lekarskiego otrzymanego na profilu informacyjnym płatnika składek albo na podstawie wydruku zaświadczenia lekarskiego lub na podstawie zaświadczenia lekarskiego wystawionego na formularzu zaświadczenia lekarskiego, przekazanych przez ubezpieczonego. Jeżeli płatnikiem zasiłku będzie ZUS – na podstawie wydruku zaświadczenia lekarskiego, zaświadczenia lekarskiego wystawionego na formularzu zaświadczenia lekarskiego albo wniosku o wypłatę zasiłku, przekazanych przez ubezpieczonego albo płatnika składek upoważnionego przez ubezpieczonego.

Wniosek o wypłatę zasiłku będzie mógł być złożony także w formie dokumentu elektronicznego przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114).

W projekcie ustawy proponuje się, aby zaświadczenia lekarskie w formie elektronicznej Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępniał Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Proponuje się, aby elektroniczna wymiana informacji pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń Społecznych a Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego możliwa była od dnia 1 stycznia 2016 r.

Inne instytucje również będą otrzymywały zaświadczenia lekarskie w wersji elektronicznej. Zgodnie z art. 58 Zakład Ubezpieczeń Społecznych będzie udostępniał zaświadczenia lekarskie płatnikom składek w wersji elektronicznej na ich profil informacyjny. Zaświadczenie lekarskie zostanie wystawione osobie nieobjętej ubezpieczeniami społecznymi na podstawie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w stosunku do której odrębne przepisy przewidują orzekanie o czasowej niezdolności do pracy na podstawie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego

w razie choroby i macierzyństwa podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekaze zaświadczenie lekarskie również płatnikom składek służb mundurowych, sędziów, prokuratorów.

Dostęp wystawiających do rejestrów centralnych (Centralnego Rejestru Ubezpieczonych i Centralnego Rejestru Płatników) będzie specjalnie monitorowany. Wystawiający będzie miał dostęp do danych niezbędnych do wystawienia zaświadczenia lekarskiego tylko na potrzeby jego wystawienia. Ponadto będzie istniała możliwość monitorowania wejść do systemu informatycznego i wyszukiwania innych danych niż potrzebne do wystawienia zaświadczenia lekarskiego. Dodatkowo możliwość nieuprawnionego dostępu do danych zgromadzonych bezpośrednio w systemie informatycznym ZUS zostanie ograniczona poprzez wydzielenie struktur danych i udostępnianie ich z repliki systemu Kompleksowego Systemu Informacyjnego ZUS (zwanym dalej KSI ZUS). System ten będzie odizolowany od systemów zewnętrznych.

2. Zmiana zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłków

W projekcie zawarto propozycje zmian dotyczących zasad obliczania podstawy wymiaru zasiłku w przypadku krótszego niż 12 miesięcy podlegania ubezpieczeniu chorobowemu osób prowadzących pozarolniczą działalność oraz innych grup osób, dla których podstawę wymiaru składek stanowi kwota zadeklarowana. Obecny stan prawny w zakresie ubezpieczenia chorobowego sprzyja powstawaniu nadużyć, szczególnie wśród osób prowadzących pozarolniczą działalność. Po bardzo krótkim okresie ubezpieczenia chorobowego (1–2 miesiące) z wysoką podstawą wymiaru składki następuje długi okres pobierania zasiłku w wysokości adekwatnej do podstawy wymiaru składki. Osoby prowadzące pozarolniczą działalność wykorzystują możliwość przerwania ubezpieczenia chorobowego (które jest dobrowolne), aby uniknąć obliczenia planowanego zasiłku z 12 miesięcy ubezpieczenia; w razie ponownego przystąpienia do ubezpieczenia i zadeklarowania maksymalnej kwoty podstawy wymiaru składek zasiłek jest obliczany od podstawy z okresu „nowego” ubezpieczenia. Z uwagi na obowiązujące przepisy okres wypłaty świadczeń (zasiłku macierzyńskiego) jest zdecydowanie dłuższy niż okres opłacania wysokich składek na ubezpieczenia społeczne. Należy podkreślić, że najniższa podstawa wymiaru składek z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności wynosi co do zasady 60% przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia (w 2014 r. – 2247,60 zł), a dla osób rozpoczynających działalność – 30% minimalnego wynagrodzenia (w 2014 r. – 504 zł). Ubezpieczony może zadeklarować wyższą

podstawę wymiaru składek, z tym że najwyższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe nie może przekraczać 250% przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia. W okresie od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. odpowiada to kwocie 9365 zł. Możliwość kształtowania (podwyższania) podstawy wymiaru zasiłków jest więc znaczna. Dodać należy przy tym, że zasiłek macierzyński przysługuje bez okresu wyczekiwania. Aktualnie okres pobierania zasiłku macierzyńskiego może wynieść od 52 tygodni (w przypadku ciąży pojedynczej) do 71 tygodni (w przypadku porodu mnogiego lub odpowiednio przysposobienia 5 dzieci i więcej).

W świetle obowiązujących przepisów oraz orzecnictwa Sądu Najwyższego (por. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2010 r., sygn. akt II UZP 1/10) ZUS nie może kwestionować kwoty zadeklarowanej przez osobę prowadzącą działalność jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, jeżeli mieści się ona w granicach określonych ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych. Tym samym w obecnym stanie prawnym nie ma podstaw do kwestionowania przez ZUS podstawy wymiaru zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W odniesieniu do osób zgłoszonych do ubezpieczeń społecznych jako osoby prowadzące pozarolniczą działalność, ZUS jest uprawniony jedynie do kwestionowania istnienia tytułu objęcia tymi ubezpieczeniami – jeżeli działalność została podjęta dla pozoru.

W związku z powyższym w projekcie ustawy proponuje się, aby w przypadku opłacania składki od wyższej niż najniższa podstawa wymiaru składek podstawę wymiaru zasiłku stanowiła najniższa podstawa wymiaru składki, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego. Jeżeli niezdolność do pracy powstała później, zgodnie z proponowanym brzmieniem art. 48a ust. 1, podstawę wymiaru stanowiłaby suma najniższej podstawy wymiaru składki oraz kwota stanowiąca 1/12 kwot nadwyżek ponad najniższą podstawę za każdy kolejny miesiąc ubezpieczenia. Proponowane rozwiązanie ma na celu uśrednienie podstawy wymiaru składki i w konsekwencji podstawy wymiaru zasiłku w przypadku krótkiego okresu ubezpieczenia chorobowego i zadeklarowanego przychodu przekraczającego najniższą podstawę wymiaru składki. Zapropionowany sposób obliczenia podstawy wymiaru zasiłku ograniczy skalę występujących nadużyć, gdyż z tytułu krótkiego okresu ubezpieczenia z wysoką podstawą wymiaru składki nie będą

występowały wysokie wypłaty z ubezpieczenia chorobowego, a jednocześnie pozwoli na uwzględnienie w podstawie wymiaru zasiłku pełnego zadeklarowanego przychodu, przekraczającego najniższą podstawę wymiaru, z tym że uśrednionego na okres 12 miesięcy kalendarzowych.

Jednocześnie proponuje się, zgodnie z projektowanym art. 48a ust. 2 i 3, aby przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych, dla których podstawę wymiaru stanowi kwota zadeklarowana, podlegających ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż 12 miesięcy, uwzględniany był okres ubezpieczenia z poprzedniego tytułu, jeżeli okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu. Wówczas osobie takiej, mającej określony staż ubezpieczenia chorobowego z wcześniejszego tytułu, byłby on uwzględniany do obliczenia podstawy wymiaru zasiłku. Miesiące ubezpieczenia z poprzedniego tytułu, brakujące do uzyskania 12-miesięcznego okresu, przypisywane byłyby do okresu ubezpieczenia z bieżącego tytułu. Projektowane przepisy zmierzają do dostosowania aktualnie obowiązujących regulacji do zmian dotyczących innych osób ubezpieczonych dobrowolnie, przy czym zmiany te uwzględniają wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. (sygn. akt P 12/10) oraz zmiany wprowadzone ustawą z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2013 r. poz. 996). Trybunał Konstytucyjny we wspomnianym wyroku uznał za niezgodny z Konstytucją art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy w zakresie, w jakim artykuły te nie przewidują odpowiedniego zastosowania art. 37 ust. 1 ustawy przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków należnych ubezpieczonemu dobrowolnie podlegającemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, którego niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca ubezpieczenia z tego tytułu, w przypadku gdy było ono poprzedzone ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu.

W celu dostosowania proponowanych przepisów do wspomnianego wyroku proponuje się, aby przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku przyjmowane były pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu, jeżeli okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu. Proponuje się, aby przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmowana była przeciętna miesięczna najniższa

podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz przeciętna kwota zadeklarowana jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za okres pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia z aktualnego tytułu.

Konsekwencją projektowanych zmian w art. 48a jest również proponowany ust. 3 w art. 49. Proponuje się, aby proponowane w art. 48a zmiany miały analogiczne zastosowanie w przypadku ubezpieczonych, których niezdolność do pracy powstanie przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu. W takim przypadku przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta będzie miesięczna najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz kwota zadeklarowana w przeliczeniu na pełny miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, za miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy. W liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych uwzględniony będzie również miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy.

Jak wskazano powyżej, wprowadzone zmiany mają na celu ujednoczenie zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku dla osób deklarujących podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Niezbędne jest wprowadzenie proponowanych rozwiązań, tak aby zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku dla osób deklarujących podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, których niezdolność do pracy powstała w krótszym okresie ubezpieczenia niż 12 miesięcy, jak i tej samej grupy ubezpieczonych, ale dla których niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego, uwzględniały poprzedni okres ubezpieczenia. Dlatego też w projekcie proponuje się dostosowanie proponowanych rozwiązań do przepisów przyjętych ustawą z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez uwzględnienie przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku okresu ubezpieczenia z poprzedniego tytułu.

3. Rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do zasiłku macierzyńskiego

Kolejna proponowana zmiana zmierza do zabezpieczenia prawa do zasiłku

macierzyńskiego dla ubezpieczonego ojca dziecka lub ubezpieczonego członka najbliższej rodziny, w przypadku śmierci matki, porzucenia przez nią dziecka lub niemożności sprawowania przez nią opieki z uwagi na niezdolność do samodzielnej egzystencji. Projektowany art. 29 ust. 4 i ust. 5b uwzględnia zgłoszoną przez Rzecznika Praw Dziecka propozycję rozszerzenia kręgu osób uprawnionych do zasiłku macierzyńskiego.

Sytuacja ta występuje bardzo sporadycznie, ale ze względu na jej wyjątkowość istnieje konieczność uregulowania tego zagadnienia. Aktualnie w przypadku zgonu nieubezpieczonej matki dziecka, ubezpieczony ojciec dziecka pozostaje bez możliwości skorzystania z prawa do zasiłku macierzyńskiego. Propozycja zmierza do możliwości uzyskania prawa do zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczonego ojca dziecka lub ubezpieczonego członka rodziny w przypadku zgonu matki dziecka, porzucenia przez nią dziecka lub niemożności sprawowania opieki z uwagi na niezdolność do samodzielnej egzystencji w okresie odpowiadającym okresowi ustalonym przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego. Należy wskazać, że z uwagi na wyjątkowość i bardzo sporadyczne występowanie tego typu sytuacji koszty proponowanego rozwiązania będą niezauważalne. Proponuje się, aby prawo do zasiłku przysługiwało również za okres przed wejściem w życie ustawy, od dnia zaistnienia przesłanek uprawniających do tego zasiłku.

Projekt zawiera również zmiany w zakresie prawa do dodatkowego zasiłku opiekuńczego, których celem jest przyznanie ubezpieczonemu prawa do tego zasiłku, nie tylko w przypadku kiedy matka dziecka wymaga opieki szpitalnej, ale również w sytuacji, kiedy nie może ona sprawować opieki z uwagi na niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Ponadto w projekcie proponuje się zniesienie wynikającej z literalnego brzmienia przepisów konieczności pozostawania ubezpieczonego w związku małżeńskim z rodzicem stale opiekującym się dzieckiem, jeżeli poród, choroba lub pobyt w szpitalu uniemożliwiają temu rodzicowi osobiste sprawowanie opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat.

Jednocześnie za członków rodziny uprawnionych do zasiłku opiekuńczego proponuje się uznać rodzica dziecka, ojczyma i macochę – jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki.

W projekcie proponuje się również zmiany w przepisach Kodeksu pracy. Zmiany te wynikają z konieczności umożliwienia pracownikowi – ojcu dziecka wychowującemu dziecko – skorzystania z urlopu macierzyńskiego w przypadku zgonu matki, jak również porzucenia przez nią dziecka. Jednocześnie proponuje się, aby pracownica legitymująca się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, której stan zdrowia będzie uniemożliwiał sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem, mogła zrezygnować z urlopu po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni tego urlopu, a niewykorzystana część urlopu mogła być udzielona pracownikowi – ojcu dziecka. Przedmiotowa regulacja wprowadza również analogiczne rozwiązania dla pracowników, w przypadku gdy matka dziecka niezdolna do samodzielnej egzystencji nie jest pracownicą.

4. Wyeliminowanie nierównego traktowania ubezpieczonych urodzonych przed 1949 r. w stosunku do ubezpieczonych urodzonych po 1948 r.

W projekcie ustawy zawarte zostały również propozycje zmian w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1440, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą emerytalną”. Osoby urodzone przed 1949 r. nie zostały objęte reformą emerytalną, dlatego ich emerytury co do zasady są obliczane wg tzw. starych zasad wymiaru, określonych w art. 53 ustawy. Emerytura przyznana osobie urodzonej przed 1949 r. na podstawie art. 27 ustawy emerytalnej może być jednak obliczona wg tzw. nowych zasad wymiaru, jeżeli zostały spełnione warunki określone w art. 55 ustawy emerytalnej. Ubezpieczony urodzony przed 1949 r., który po osiągnięciu powszechnego wieku emerytalnego kontynuował ubezpieczenie i wystąpił o emeryturę na podstawie art. 27 ustawy emerytalnej po dniu 31 grudnia 2008 r., ma prawo do jej obliczenia na podstawie art. 26, jeżeli jest wyższa od obliczonej zgodnie z art. 53 tej ustawy.

Intencją wprowadzenia przepisu art. 55 było zachęcenie osób urodzonych przed 1949 r. do opóźnienia przejścia na emeryturę z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego i niekorzystania z prawa do wcześniejszej emerytury. Dlatego uznano, że przepis ten nie powinien mieć zastosowania do osoby, która przed osiągnięciem wieku emerytalnego miała ustalone prawo do wcześniejszej emerytury, a tym bardziej, jeżeli pobierała to świadczenie.

W orzecnictwie Sądu Najwyższego (uchwała z dnia 4 lipca 2013 r. II UZP 4/13, wyrok z dnia 10 lipca 2013 r. II UK 424/12, z dnia 7 listopada 2013 r. II UK 143/12, z dnia 9 września 2013 r. II UK 23/13, z dnia 29 stycznia 2014 r. I UK 411/13 oraz z dnia

19 marca 2014 r. I UK 345/13) prezentowany jest jednak odmienny pogląd. Zdaniem Sądu Najwyższego ubezpieczony urodzony przed dniem 1 stycznia 1949 r., który po osiągnięciu powszechnego wieku emerytalnego kontynuował ubezpieczenie i wystąpił o emeryturę, o której mowa w art. 27, po dniu 31 grudnia 2008 r. ma prawo do jej wyliczenia na podstawie art. 26 także i niezależnie od tego, czy wcześniej złożył wniosek o emeryturę w niższym wieku emerytalnym lub o emeryturę wcześniejszą.

W związku z tą opinią proponuje się zmianę art. 55 ustawy emerytalnej polegającą na dodaniu regulacji wskazującej, że prawo do obliczenia emerytury na podstawie art. 26, czyli wg nowych zasad, ma również ubezpieczony, który przed zgłoszeniem wniosku o emeryturę, o której mowa w art. 27, miał ustalone prawo do emerytury z innego tytułu. Jeżeli pobierał wcześniej przyznaną emeryturę, to podstawa obliczania emerytury przyznanej z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego byłaby pomniejszana o kwotę stanowiącą sumę kwot pobranych emerytur, w wysokości przed odliczeniem zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych i składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wprowadzenie regulacji analogicznej do art. 25 ust. 1b pozwoliłoby na uniknięcie patologii w postaci nierównego traktowania ubezpieczonych urodzonych przed 1949 r. w stosunku do ubezpieczonych urodzonych po 1948 r.

5. Pozostałe zmiany

Projekt ustawy zawiera również propozycję nowelizacji art. 9 ust. 4 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2009 r. Nr 167, poz. 1322, z późn. zm.). Proponowane zmiany mają na celu dostosowanie tych przepisów do zmian dokonanych ustawą z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2013 r. poz. 996) oraz ustawą z dnia 16 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2010 r. Nr 257, poz. 1725).

Zmiany w ustawie z dnia 25 czerwca 1985 r. o prokuraturze (Dz. U. z 2011 r. Nr 270, poz. 1599, z późn. zm.), w ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2011 r. Nr 287, poz. 1687, z późn. zm.), w ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2011 r. Nr 116, poz. 675, z późn. zm.), w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2013 r. poz. 1403, z późn. zm.), w ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1340, z późn. zm.), w ustawie z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu

(Dz. U. z 2014 r. poz. 170, z późn. zm.), w ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 427, z późn. zm.), w ustawie z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2010 r. Nr 29, poz. 154, z późn. zm.), w ustawie z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. z 2013 r. poz. 499, z późn. zm.), w ustawie z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 593, z późn. zm.), w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r. poz. 674, z późn. zm.), w ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. z 2012 r. poz. 621, z późn. zm.), w ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 710, z późn. zm.), w ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego (Dz. U. z 2014 r. poz. 253, z późn. zm.), w ustawie z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2014 r. poz. 173 i 616) oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.) mają charakter dostosowujący.

Zgodnie z proponowanymi zmianami od dnia 1 stycznia 2018 r. Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego nie będzie zwracał ZUS kosztów związanych z wyprodukowaniem i dystrybucją druków zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.

Charakter dostosowawczy mają również proponowane zmiany w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.). Biorąc pod uwagę zmiany w zakresie danych niezbędnych do prowadzenia przez ZUS rejestru lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów, proponuje się uwzględnienie tych zmian w centralnym rejestrze lekarzy, który jest tworzony m.in. na podstawie danych z rejestru prowadzonego przez ZUS. Jednocześnie proponuje się wprowadzenie przepisu umożliwiającego korzystanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych z informacji zgromadzonych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.) proponuje się zmiany umożliwiające uzależnienie wysokości opłaty pobieranej przez ZUS od komorników sądowych za udostępnienie

danych zgromadzonych na kontach ubezpieczonych od formy złożenia wniosku, udostępnienia danych i wysokości ponoszonych przez ZUS kosztów związanych z udzielaniem informacji.

Proponuje się określenie maksymalnej wysokości opłaty pobieranej za udostępnienie komornikom sądowym danych niezbędnych do prowadzenia egzekucji na poziomie 2% wysokości prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na dany rok kalendarzowy. Celem tej regulacji jest umożliwienie ustalenia niższych stawek dla komorników występujących o udzielenie informacji w formie elektronicznej.

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. Ze zmian określonych w projektowanym art. 55 ust. 1 ustawy wynika, że zaświadczenia lekarskie docelowo mają być wystawiane w formie dokumentu elektronicznego, jednakże z uwagi na konieczność dostosowania się do nowych regulacji proponuje się, aby do końca 2017 r. funkcjonowały dwa systemy – stary i nowy.

Konsekwencją zmian mających wejść w życie od dnia 1 stycznia 2015 r. jest konieczność utworzenia przez płatników składek profilu informacyjnego płatnika składek przed dniem wejścia w życie projektowanych regulacji. Proponuje się, aby przepis ten wszedł w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy.

Jednocześnie proponuje się, aby projektowane zmiany dotyczące rozszerzenia kręgu osób uprawnionych do zasiłku macierzyńskiego, zmiany w przepisach dotyczących zasiłku opiekuńczego oraz zmiany w przepisach Kodeksu pracy weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy.

Ponadto proponuje się, aby przepisy dotyczące ustalania podstawy wymiaru zasiłków przysługujących ubezpieczonym niebędącym pracownikami, jak również zmiany dostosowujące w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz w ustawie emerytalnej weszły w życie pierwszego dnia czwartego miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia ustawy.

Na podstawie § 22 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 września 2011 r. w sprawie sporządzania pism w postaci dokumentów elektronicznych, doręczania dokumentów elektronicznych oraz udostępniania formularzy, wzorów i kopii dokumentów elektronicznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 206, poz. 1216) w okresie przejściowym dokonana będzie wizualizacja dokumentu elektronicznego.

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt ustawy został umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje ustawa

Proponowane rozwiązania będą miały wpływ na:

- lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów upoważnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich,
- podmioty lecznicze,
- ubezpieczonych i inne osoby zobowiązane do dokumentowania niezdolności do pracy lub służby,
- płatników składek,
- ZUS,
- Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
- komorników sądowych.

2. Zakres konsultacji społecznych

Projekt ustawy został przekazany do konsultacji następującym partnerom społecznym:

- 1) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
- 2) Konfederacji „Lewiatan”;
- 3) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 5) Krajowej Izbie Gospodarczej;
- 6) NSZZ „Solidarność”;
- 7) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 8) Forum Związków Zawodowych.

Projekt ustawy został przekazany również do zaopiniowania następującym organizacjom:

- 1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 2) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 3) Porozumieniu Zielonogórskiemu;
- 4) Krajowej Radzie Komorniczej;
- 5) Polskiej Izbie Informatyki i Telekomunikacji.

Wykaz rozbieżności powstałych w toku konsultacji międzyresortowych oraz wyniki konsultacji społecznych przedstawione zostały w formie załączników do projektu ustawy (załączniki nr 1 i 2).

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych

3.1. Wprowadzenie elektronicznego systemu zaświadczeń lekarskich

Wyliczenie ewentualnych oszczędności ZUS w związku z automatyzacją wprowadzania danych do baz danych i procedur zarządzania dokumentami ZUS ZLA oparte jest na następujących założeniach:

Średnio miesięcznie wpływa do ZUS około 2 mln zwolnień lekarskich. Jeden druk ZUS ZLA jest wprowadzany do systemu ok. 20 sekund, co oznacza konieczność zatrudnienia 56 osób w pełnym wymiarze czasu pracy.

Dodatkowe zadania związane z obsługą dokumentów, jakimi są zwolnienia lekarskie, dotyczą:

- procesu przyjmowania i wydawania bloczków ZUS ZLA na sali obsługi klienta, zgodnie z rygorami obsługi druków ścisłego zachowania (rejestracja bloczków, obsługa zastrzeżenia bloczków utraconych, obsługa osób uprawnionych i upoważnionych, procedura wyjaśnień z lekarzami zdarzeń związanych z bloczkami itp.);
- procesu zarządzania dokumentami – ich archiwizacji i przechowywania oraz kosztów z tym związanych.

Należy przyjąć, że obsługa dokumentów ZUS ZLA (poza wprowadzeniem ich do systemu) wymaga dwukrotnie dłuższego czasu i zatrudnienia dodatkowych 50 osób w pełnym wymiarze czasu pracy.

Ponadto niewątpliwą oszczędnością dla ZUS wynikającą z wdrożenia e-zwolnień będzie brak potrzeby zakupu bloczków zaświadczeń lekarskich.

Zgodnie z obecnie obowiązującą umową koszt druku jednego bloczka wynosi 1,48 PLN, co przy średniorocznym zużyciu 900 890 daje kwotę 1 333 317 zł w skali roku.

Dodatkowo ZUS dzięki automatycznemu rejestrowaniu e-zwolnień będzie mógł na bieżąco analizować zakres wprowadzanych danych oraz skuteczniej realizować procedury kontrolne zwolnień, gdyż nie będzie występowało opóźnienie w dostarczaniu i wprowadzaniu papierowych zwolnień do systemu ZUS.

Obecnie lekarze, lekarze dentyści, felczerzy i starsi felczerzy wystawiający zwolnienia lub osoby przez nich upoważnione kontaktują się z ZUS dwukrotnie, najpierw w celu pobrania bloczków zaświadczeń lekarskich, a następnie w celu dostarczenia wypełnionych druków do ZUS, pocztą lub osobiście.

Wdrożenie e-zwolnień znieśnie konieczność wizyt lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów w ZUS i wysyłki korespondencji do placówek ZUS oraz obsługi zdarzeń związanych z utratą druków ZUS ZLA (w tym w wyniku kradzieży). Obecnie ZUS obsługuje w tym zakresie ponad 140 tys. lekarzy.

Dodatkowo w związku z założeniem, że system ma wspierać wystawiającego w wypełnianiu zwolnień lekarskich, informacje wprowadzane manualnie do systemu zostaną ograniczone do minimum. Wyeliminuje to błędy, gdyż podstawowe dane będą automatycznie uzupełniane przez system oraz weryfikowane on-line. Dotyczy to m.in. następujących danych:

- numeru PESEL (będzie podlegał weryfikacji),
- czasu choroby, który będzie weryfikowany co do dat,
- danych pracodawcy.

Zgodnie z danymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:

1) W 2012 r.:

- a) łączna liczba zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA złożonych w ZUS w celu uzyskania zasiłku wynosiła 4 281 054,
- b) liczba korekt zaświadczeń lekarskich zarejestrowanych w aplikacji zasiłkowej (BC) – 150 321 (3,51%);

2) W 2013 r.:

- a) łączna liczba zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA złożonych w ZUS w celu uzyskania zasiłku – 4 551 465,
- b) liczba korekt zaświadczeń lekarskich zarejestrowanych w aplikacji zasiłkowej (BC) – 149 420 (3,28%);

3) W I kwartale 2014 r.:

- a) łączna liczba zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA złożonych w ZUS w celu uzyskania zasiłku – 1 093 798,
- b) liczba korekt zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA zarejestrowanych w aplikacji zasiłkowej (BC) – 16 075 (1,47%).

Pozytywne skutki regulacji odczuje również zdecydowana większość ubezpieczonych, którzy mają obowiązek dostarczenia zwolnień lekarskich do płatników.

Obecnie ubezpieczeni są zobowiązani do dostarczenia zwolnienia lekarskiego płatnikowi w terminie 7 dni. Dostarczają kopie zaświadczeń do płatników w bardzo różny sposób: osobiście po zakończeniu choroby (zwykle po chorobie trwającej tydzień), pocztą lub

przez osobę upoważnioną. Chory pacjent leczy się, a niejednokrotnie łamiąc zalecenia lekarza wychodzi z domu, aby dostarczyć zwolnienie do płatnika składek w wyznaczonym ustawowo terminie.

Nie zakłada się dodatkowych kosztów po stronie wystawiających zaświadczenia lekarskie, gdyż już obecnie w służbie zdrowia wymagane jest posiadanie komputera oraz dostępu do Internetu. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec 2013 r. 99,85% świadczeniodawców posiadało upoważnienie do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (systemu e-WUŚ), czyli zgłosiło chęć korzystania on-line z potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

Szczegółowe przedstawienie stanu przygotowania gabinetów lekarskich do prowadzenia elektronicznych zwolnień lekarskich nie jest możliwe. W Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia realizującym zadania z zakresu budowy systemów teleinformatycznych trwają obecnie prace nad przygotowaniem badania, którego celem będzie zidentyfikowanie stopnia z informatyzowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz dostosowania podmiotów leczniczych w zakresie możliwości realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Jednakże należy wskazać, że projekt ustawy proponujący zmianę formy wystawiania zaświadczeń lekarskich z papierowej na elektroniczną wpisuje się w projekty zakładające pełną informatyzację służby zdrowia, a zmiana formy wystawiania zaświadczeń lekarskich z papierowej na elektroniczną nie będzie generowała dodatkowych kosztów.

Kosztem dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych będzie dostosowanie Kompleksowego Systemu Informacyjnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (KSI ZUS) pod kątem projektu e-zwolnienie. Koszt wykonania modyfikacji przez dotychczasowego wykonawcę został oszacowany wstępnie na ok. 2 mln zł netto. Zakres zmiany dotyczy przede wszystkim przyjmowania zwolnień do systemów merytorycznych oraz zasad ich obsługi w związku ze skuteczniejszym ich rejestrowaniem.

Należy zaznaczyć, że płatnikami zwolnionymi z obowiązku zakładania profilu w Nowym Portalu Informacyjnym (NPI) ZUS będą płatnicy rozliczający składki za nie więcej niż 5 osób.

Pozostali płatnicy, którzy zatrudniają około 80% wszystkich ubezpieczonych, będą zobowiązani do posiadania profilu w NPI.

Ponadto wprowadzenie elektronicznych zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy znacząco wpłynie na usprawnienie kontroli poprawności wystawiania zwolnień lekarskich. Dzięki automatycznemu rejestrowaniu zaświadczeń Zakład Ubezpieczeń Społecznych będzie mógł na bieżąco analizować zakres wprowadzanych danych oraz skuteczniej realizować procedury kontrolne zwolnień. Obecnie czynności kontrolne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w przypadku krótkookresowych zwolnień są utrudnione, ponieważ zaświadczenia lekarskie w praktyce wpływają do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z opóźnieniem lub często po okresie, na jaki zostały wystawione. Po wdrożeniu elektronicznych zaświadczeń lekarskich dane do systemu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych będą trafiały on-line.

Zakładając, że w wyniku wdrożenia procesu wystawiania elektronicznych zwolnień lekarskich usprawnione kontrole umożliwią zredukowanie liczby nieprawidłowo wystawionych zwolnień o 2,5%, to szacunkowe oszczędności FUS wyniosą około 212 mln zł¹.

Tabela 1. Absencja chorobowa w latach 2010–2013 r.

.	2010	2011	2012	2013
Absencja chorobowa ogółem (łącznie z finansowaną przez zakłady pracy i z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych)				
Liczba dni w tys.	187805	189528	189528	197046
Wypłaty w mln PLN	11143,6	11713,8	11713,8	13316,6
Absencja chorobowa finansowana z FUS				
	2010	2011	2012	2013
Liczba dni w tys.	119327	121606	125207	130046
Wypłaty w mln PLN	6820,8	7223,4	7823,8	8499,2

3.2. Wprowadzenie zmian w obliczaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego

Z danych ZUS wynika, że z ubezpieczenia chorobowego trwającego do 120 dni i obliczonego od podstawy wymiaru składki przekraczającej 6000 zł, w 2012 r.

¹ Szacunki na podst. danych zawartych w tabeli 1.

świadczenia wypłacono w 4150 przypadkach, co stanowi 74% wszystkich świadczeń wypłaconych od podstawy wymiaru składki wynoszącej co najmniej 2000 PLN, natomiast w 2013 r. 8826 przypadkach, co stanowi prawie 73% wszystkich świadczeń wypłaconych od podstawy wymiaru składki wynoszącej co najmniej 2000 PLN. W przypadku zasiłku chorobowego, zasiłek ten od podstawy wymiaru powyżej 6000 PLN w 2012 r. wypłacono w 2287 przypadkach, a w 2013 r. w 5342 przypadkach. Szczegółowe dane prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Struktura przypadków wypłaconych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa według wysokości podstaw wymiaru

Liczba dni od daty zgłoszenia do ubezpieczenia lub podwyższenia podstawy wymiaru do daty początku okresu zasiłkowego		zasiłek macierzyński			zasiłek chorobowy			zasiłek opiekuńczy			świadczenie rehabilitacyjne			Razem	
		podstawa wymiaru			podstawa wymiaru			podstawa wymiaru			podstawa wymiaru				
		2000 zł - 4000 zł	4001 zł - 6000 zł	powyżej 6000 zł	2000 zł - 4000 zł	4001 zł - 6000 zł	powyżej 6000 zł	2000 zł - 4000 zł	4001 zł - 6000 zł	powyżej 6000 zł	2000 zł - 4000 zł	4001 zł - 6000 zł	powyżej 6000 zł		
Rok 2011	Razem I kw.	do 30 dni	5	3	13	8	3	8	0	0	2	0	0	0	42
		od 31 do 60 dni	13	12	68	7	6	31	1	0	1	0	0	0	139
		od 61 do 120 dni	7	7	37	70	32	93	1	0	1	0	0	0	248
		Łącznie do 120 dni:	25	22	118	85	41	132	2	0	4	0	0	0	429
	Razem II kw.	do 30 dni	4	2	14	6	3	14	0	0	0	1	0	0	44
		od 31 do 60 dni	9	21	138	14	15	43	0	0	2	0	0	0	242
		od 61 do 120 dni	12	10	58	73	39	149	0	0	0	0	0	0	341
		Łącznie do 120 dni:	25	33	210	93	57	206	0	0	2	1	0	0	627
	Razem III kw.	do 30 dni	5	4	11	6	3	16	1	0	0	0	0	0	46
		od 31 do 60 dni	24	22	129	8	13	28	0	1	2	0	0	1	228
		od 61 do 120 dni	21	13	80	75	49	171	1	0	0	0	0	0	410
		Łącznie do 120 dni:	50	39	220	89	65	215	2	1	2	0	0	1	684
	Razem IV kw.	do 30 dni	4	2	21	5	6	24	0	1	1	1	0	0	65
		od 31 do 60 dni	15	18	159	12	10	62	2	1	2	0	0	0	281
		od 61 do 120 dni	14	5	84	77	45	206	1	1	1	0	0	0	434
		Łącznie do 120 dni:	33	25	264	94	61	292	3	3	4	1	0	0	780
Rok 2012	Razem I kw.	do 30 dni	4	0	20	10	4	21	0	0	1	0	0	0	60
		od 31 do 60 dni	23	16	205	13	10	71	3	1	0	0	0	0	342
		od 61 do 120 dni	17	19	84	104	67	225	2	1	1	0	0	0	520
		Łącznie do 120 dni:	44	35	309	127	81	317	5	2	2	0	0	0	922

Rok 2013	Razem II kw.	do 30 dni	5	4	17	4	1	20	0	0	0	0	0	0	51	
		od 31 do 60 dni	23	21	251	19	25	125	0	4	6	0	0	0	0	474
		od 61 do 120 dni	17	22	110	99	84	325	1	0	1	0	0	0	0	659
		Łącznie do 120 dni	45	47	378	122	110	470	1	4	7	0	0	0	0	1184
	Razem III kw.	do 30 dni	3	2	22	9	6	22	1	0	5	1	0	0	0	71
		od 31 do 60 dni	28	33	301	14	17	138	1	2	5	0	0	0	0	539
		od 61 do 120 dni	14	19	139	103	77	367	0	2	1	0	0	0	0	722
		Łącznie do 120 dni	45	54	462	126	100	527	2	4	11	1	0	0	0	1332
	Razem IV kw.	do 30 dni	14	3	39	18	8	76	3	1	3	1	0	1	167	
		od 31 do 60 dni	35	34	444	25	33	250	1	2	16	0	0	0	840	
		od 61 do 120 dni	34	23	183	141	134	647	4	1	7	0	0	1	1175	
		Łącznie do 120 dni	83	60	666	184	175	973	8	4	26	1	0	2	2182	
	Razem I kw.	do 30 dni	8	2	36	9	9	65	2	0	1	3	0	0	135	
		od 31 do 60 dni	53	44	403	32	37	211	2	2	15	0	0	0	799	
		od 61 do 120 dni	37	30	201	214	176	659	5	1	6	0	0	0	1329	
		Łącznie do 120 dni	98	76	640	255	222	935	9	3	22	3	0	0	2263	
Razem II kw.	do 30 dni	4	4	35	10	9	51	0	1	2	3	0	0	119		
	od 31 do 60 dni	38	41	436	38	44	343	6	0	13	1	0	1	961		
	od 61 do 120 dni	40	45	231	204	176	830	1	4	3	4	0	0	1538		
	Łącznie do 120 dni	82	90	702	252	229	1224	7	5	18	8	0	1	2618		
Razem III kw.	do 30 dni	11	4	45	13	8	52	3	1	6	5	0	0	148		
	od 31 do 60 dni	64	78	690	37	38	341	0	5	16	2	0	0	1271		
	od 61 do 120 dni	89	74	370	230	273	1020	1	2	6	8	0	2	2075		
	Łącznie do 120 dni	164	156	1105	280	319	1413	4	8	28	15	0	2	3494		
Razem IV kw.	do 30 dni	10	2	52	21	14	94	0	1	5	6	0	0	205		
	od 31 do 60 dni	59	55	507	51	54	433	1	4	14	0	0	0	1178		
	od 61 do 120 dni	71	72	382	280	290	1243	4	2	6	0	0	0	2350		
	Łącznie do 120 dni	140	129	941	352	358	1770	5	7	25	6	0	0	3733		

Skutki finansowe dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wynikają ze zmiany zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonych niebędących pracownikami w przypadku, gdy okres ubezpieczenia wynosi mniej niż 12 miesięcy, oraz uchylenia przepisu o obniżeniu wysokości zasiłku chorobowego i zasiłku opiekuńczego o 25% od 8. dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego w przypadku niedopełnienia obowiązku dostarczenia przez ubezpieczonego zaświadczenia lekarskiego nie później niż w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania płatnikowi zasiłków lub płatnikowi składek.

Szacunkowe skutki finansowe wprowadzenia proponowanych zmian przepisów dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych obliczono przy następujących założeniach makroekonomicznych (są to założenia makroekonomiczne przygotowane w maju 2013 r. przez Departament Polityki Finansowej, Analiz i Statystyki Ministerstwa Finansów):

Tabela 3. Założenia makroekonomiczne Departamentu Polityki Finansowej, Analiz i Statystyki Ministerstwa Finansów

Rok	Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem	Wskaźnik realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia	Stopa bezrobocia rejestrowanego na koniec roku	Wskaźnik realnego wzrostu PKB
2013	101,60%	101,19%	13,80%	101,50%
2014	102,40%	101,05%	13,80%	102,50%
2015	102,50%	102,11%	13,30%	103,80%
2016	102,50%	102,65%	12,80%	104,30%
2017	102,50%	103,25%	12,21%	104,21%
2018	102,40%	103,23%	11,47%	104,09%
2019	102,40%	103,23%	10,79%	103,75%
2020	102,40%	103,22%	10,17%	103,34%
2021	102,40%	103,22%	9,55	103,19%
2022	102,40%	103,22%	8,94	103,09%
2023	102,30%	103,22%	8,38	103,00%
2024	102,30%	103,20%	7,95	102,91%

- 1) W szacunkach wykorzystano pomocniczo wyniki z kohortowego modelu prognostycznego FUS12.
- 2) W szacunkach wykorzystano prognozę demograficzną Eurostatu z wariantu bazowego obliczeń wykonywanych dla Grupy Roboczej do Spraw Starzenia się Społeczeństwa przy Komisji Europejskiej.
- 3) W szacunkach przyjęto stałą w czasie proporcję kwot, o które – w warunkach obecnych przepisów – obniżane byłyby wypłaty na zasiłki chorobowe i na zasiłki opiekuńcze z tytułu niedopełnienia obowiązku dostarczenia przez ubezpieczonego zaświadczenia lekarskiego nie później niż w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania płatnikowi zasiłków lub płatnikowi składek, w stosunku do wydatków na te zasiłki z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (proporcja z 2012 r.).

- 4) Zmiany w zasadach ustalania podstawy wymiaru zasiłku oszacowano dla osób prowadzących pozarolniczą działalność.

Na podstawie danych o osobach prowadzących pozarolniczą działalność i pobierających z tego tytułu: zasiłki chorobowe, zasiłki macierzyńskie, zasiłki opiekuńcze oraz świadczenia rehabilitacyjne w marcu, czerwcu i we wrześniu 2013 r., dla których podstawa wymiaru zasiłku była większa od najniższej podstawy wymiaru zasiłku dla osób prowadzących pozarolniczą działalność, a także w oparciu o dane dotyczące podstaw wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe tych osób, oszacowano kwotę zmniejszenia wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w warunkach marca, czerwca i września 2013 r. Z uwagi na bardzo mały wpływ proponowanej zmiany na wydatki funduszu wypadkowego w szacunkach ograniczono się wyłącznie do ubezpieczenia chorobowego.

W celu oszacowania skutków finansowych proponowanej zmiany w przyszłości przyjęto stałą proporcję wydatków na wymienione powyżej świadczenia dla osób prowadzących pozarolniczą działalność do ogółu wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na te świadczenia (proporcja z 2012 r.). Przyjęto również stałą proporcję kwot zmniejszenia wydatków FUS na poszczególne świadczenia w wyniku zmian w zasadach ustalania podstaw wymiaru zasiłków do wydatków FUS na odpowiednie świadczenia dla osób prowadzących pozarolniczą działalność – przyjęto średnią proporcję z wypłat za marzec, czerwiec i za wrzesień 2013 r.

- 5) W celu zobrazowania skutków finansowych proponowanych zmian przepisów przyjęto, że proponowane zmiany obowiązywać miałyby od początku 2015 r.
- 6) W szacunkach uwzględniono zmiany wprowadzone ustawą z dnia 28 maja 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2013 r. poz. 675). Przyjęto arbitralne założenie, że 70% osób spośród korzystających z zasiłku macierzyńskiego w czasie dodatkowego urlopu macierzyńskiego skorzysta również z zasiłku macierzyńskiego w czasie urlopu rodzicielskiego (w pełnym wymiarze). Przyjęto również, że spośród osób korzystających z zasiłku macierzyńskiego za cały okres odpowiadający urlopowi macierzyńskiemu, dodatkowemu urlopowi macierzyńskiemu oraz urlopowi rodzicielskiemu:
- 50% osób będzie miało wypłacany zasiłek macierzyński w wysokości 80% podstawy wymiaru zasiłku za cały okres pobierania zasiłku macierzyńskiego,

- dla pozostałych 50% osób zasiłek macierzyński będzie wynosił 100% podstawy wymiaru zasiłku za okres odpowiadający urlopowi macierzyńskiemu i dodatkowemu urlopowi macierzyńskiemu oraz 60% podstawy wymiaru zasiłku za okres odpowiadający urlopowi rodzicielskiemu.

Wyniki zaprezentowano w kwotach nominalnych oraz dodatkowo – w celu umożliwienia porównywania między poszczególnymi latami – w kwotach zdyskontowanych inflacją na 2012 r. Z uwagi na charakter zmienianych przepisów rzeczywiste skutki finansowe silnie zależą od indywidualnych zachowań ubezpieczonych. W związku z tym prezentowane poniżej szacunkowe skutki finansowe należy traktować jako orientacyjne, uwzględniając założenia, przy których zostały obliczone.

Tabela 4. Szacunkowe zwiększenie wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na zasiłki chorobowe i opiekuńcze z tytułu uchylecia przepisu o obniżeniu o 25% wysokości zasiłków chorobowego i opiekuńczego w przypadku niedopełnienia obowiązku dostarczenia przez ubezpieczonego zaświadczenia lekarskiego

Rok	W kwotach nominalnych	W kwotach zdyskontowanych inflacją na 2012 r.
	W mln PLN	
2015	9,1	8,6
2016	9,6	8,8
2017	10,2	9,1
2018	10,9	9,5
2019	11,5	9,8
2020	12,3	10,2
2021	13,0	10,6
2022	13,8	10,9
2023	14,6	11,3
2024	15,4	11,7

Zmniejszenie wydatków na świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w wyniku proponowanych zmian w ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku dla osób prowadzących pozarolniczą działalność, w przypadku gdy okres ubezpieczenia jest krótszy niż 12 miesięcy dla wybranych trzech miesięcy 2013 r. (marzec, czerwiec i wrzesień 2013 r.) oszacowano na kwotę około 90 mln zł. Przy przyjęciu wymienionych

wcześniej założeń szacunkowe zmniejszenie wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w przyszłości przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Szacunkowe zmniejszenie wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na świadczenia w wyniku wprowadzenia proponowanych zmian zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku dla osób prowadzących pozarolniczą działalność, w przypadku gdy okres ubezpieczenia jest krótszy niż 12 miesięcy

Rok	W kwotach nominalnych	W kwotach zdyskontowanych inflacją na 2012 r.
	W mld PLN	
2015	0,3	0,3
2016	0,3	0,3
2017	0,4	0,3
2018	0,4	0,3
2019	0,4	0,3
2020	0,4	0,4
2021	0,4	0,4
2022	0,5	0,4
2023	0,5	0,4
2024	0,5	0,4

3.3. Kwestia prawa do zasiłku macierzyńskiego dla ubezpieczonego ojca dziecka w przypadku śmierci matki, porzucenia dziecka lub niemożności sprawowania opieki z uwagi na niezdolność do samodzielnej egzystencji oraz zmiany w zakresie przyznawania zasiłku opiekuńczego

Według statystyki umieralności, wskaźnik zgonów kobiet w okresie ciąży, porodu i położu w Polsce wynosi 4,4 na 100 000 urodzeń żywych. Przyjmując liczbę urodzeń w Polsce w ciągu roku na poziomie 350–400 tys. rocznie, oznacza to ok. 16–17 zgonów kobiet w ciągu roku, przy czym należy przyjąć, że większość tych kobiet podlegała ubezpieczeniu. W konsekwencji skutek finansowy wprowadzenia prawa do zasiłku macierzyńskiego dla ubezpieczonego ojca dziecka w przypadku śmierci matki dotyczyłby jednostkowych przypadków w ciągu roku. Przyjmując 5 takich przypadków rocznie oraz przeciętną wysokość zasiłku macierzyńskiego w kwocie 4000 zł, skutek finansowy wyniósłby niecałe 250 tys. zł rocznie (włącznie ze składkami ubezpieczeniowymi od zasiłków macierzyńskich).

W związku z wprowadzeniem w ustawach dotyczących służb podległych Ministrowi Obrony Narodowej, Ministrowi Spraw Wewnętrznych oraz Ministrowi Sprawiedliwości zmian dotyczących przyznawania zasiłku opiekuńczego szacuje się, że związane z tym koszty będą znikome.

3.4. Zmiana art. 55, która spowodowałaby, że prawo do obliczenia emerytury (przyznanej z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego) z zastosowaniem nowych zasad wymiaru, miały również ubezpieczony, który miał ustalone prawo do wcześniejszej emerytury

W projekcie proponuje się zmianę art. 55, która spowodowałaby, że prawo do obliczenia emerytury (przyznanej z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego) z zastosowaniem nowych zasad wymiaru miały również ubezpieczony, który miał ustalone prawo do wcześniejszej emerytury. Jeżeli pobierał wcześniejszą emeryturę, to podstawa obliczania emerytury z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego byłaby pomniejszana o sumę kwot pobranych emerytur, w wysokości przed odliczeniem zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych i składki na ubezpieczenie zdrowotne. Zasada pomniejszania podstawy obliczenia emerytury byłaby analogiczna do zapisanej w art. 25 ust. 1b, który stosuje się do osób urodzonych po 1948 r.

Tabela 6. Wysokość hipotetycznej emerytury na koniec grudnia 2015 r. dla osób, które od grudnia 2008 r. pobierały emeryturę wcześniejszą (przyznaną w wieku 60 lat) oraz przeliczoną w wieku 67 lat (osoby miały po 35 lat stażu pracy w momencie przejścia na emeryturę wcześniejszą oraz w dalszym ciągu pracowały, osiągając wynagrodzenie, jak poprzednio, z tym że dla 100% i 130% wysokość wypłacanej emerytury była zmniejszana o część socjalną)

Podstawa wymiaru świadczenia w % przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego	Emerytura według zasad w 2015 r.	Emerytura kapitałowa w 2015 r.	Emerytura kapitałowa w 2015 r. po odliczeniu kwoty wypłat emerytur wcześniejszych z kapitału
70%	1842,50 zł	2488,70 zł	1629,05 zł
100%	2307,19 zł	3188,31 zł	2463,07 zł
130%	2771,89 zł	3887,92 zł	2949,58 zł

Źródło: obliczenia własne MPiPS

Jak widać z powyższej tabeli, przeliczenie świadczenia ze „starego systemu” na system kapitałowy w momencie osiągnięcia normalnego wieku emerytalnego jest opłacalne

nawet dla osób zarabiających 70% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, ale jedynie pod warunkiem, że osoby te nie pobierały wcześniejszej emerytury, a w związku z tym ich kapitał początkowy nie był pomniejszony. Osoby o podstawie wymiaru co najmniej 100% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego zawsze zyskają na możliwości obliczenia emerytury na nowych zasadach. W konsekwencji wprowadzenie zasady analogicznej do art. 25 ust. 1b ustawy, że przy przeliczaniu wysokości świadczenia uwzględnia się kwotę dotychczas wypłaconych świadczeń, powoduje zmniejszenie wydatków na emerytury o 700–900 zł miesięcznie.

Ze względu na brak informacji o pracujących emerytach, ich wieku, wysokości podstaw wymiaru, wysokości świadczenia, otrzymywanych dochodach, etc. nie jest możliwa do określenia liczba osób ani kwota oszczędności z tytułu wprowadzenia tego ograniczenia. Pewną informacją na ten temat, aczkolwiek obarczoną wieloma zastrzeżeniami, jest informacja o liczbie osób, którym zawieszono częściowo emeryturę z tytułu osiągnięcia dochodów:

2011 r. – 27,2 tys.

2012 r. – 11,4 tys.

2013 r. – 10,4 tys.

Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że to właśnie te osoby mogą się ubiegać o przeliczenie emerytury ze starego systemu na emeryturę kapitałową. Przyjmując, że przeciętnie w 2015 r. byłoby 10 tys. osób o przeciętnych wysokościach podstaw wymiaru równych 100% przeciętnego wynagrodzenia, przyjęcie proponowanego rozwiązania spowodowałoby zmniejszenie wydatków FUS o 87 mln zł w 2015 r.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy, konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw, oraz sytuację i rozwój regionalny

Projektowane rozwiązania będą miały pozytywny wpływ na rynek pracy, konkurencyjność gospodarki, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw, oraz sytuację i rozwój regionalny. Pracodawcy szybciej pozyskają informację o niezdolności do pracy ich pracowników oraz okresie jej trwania, co korzystnie wpłynie na organizację pracy i pozwoli na szybkie dokonanie kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego w przypadku podejrzenia, że pracownik nadużywa swoich uprawnień w tym zakresie.

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo wiodące – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Współpracujące – Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Marek Bucior – Podsekretarz Stanu</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</p>	<p>Data sporządzenia 4 lipca 2014 r.</p> <p>Źródło: Krajowy Program Reform, Strategia Rozwoju Kraju 2020 – e-zwolnienia</p> <p>Nr w wykazie prac legislacyjnych Rady Ministrów: UB 24</p>
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Problemy związane z obsługą papierowych bloczków zaświadczeń lekarskich (np. drukowanie bloczków, wprowadzanie zaświadczeń do systemu); problem terminowego dostarczania papierowych zaświadczeń lekarskich; problem przechowywania kopii zaświadczeń przez wymagany ustawą okres 3 lat.
2. Problem występujących nadużyć w zakresie wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.
3. Kwestia prawa do zasiłku macierzyńskiego dla ubezpieczonego ojca dziecka w przypadku śmierci matki, porzucenia dziecka lub niemożności sprawowania opieki z uwagi na niezdolność do samodzielnej egzystencji.
4. Kwestia uniknięcia nierównego traktowania emerytów i dostosowania art. 55 ustawy o emeryturach i rentach z FUS do ostatnich orzeczeń Sądu Najwyższego.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

1. Wprowadzenie elektronicznego systemu zwolnień lekarskich, które ułatwi proces ich obsługi oraz przyczyni się do wprowadzenia oszczędności po stronie sektora finansów publicznych.
2. Likwidacja występujących nadużyć poprzez zmianę zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłków dla osób prowadzących działalność gospodarczą oraz innych grup osób, dla których podstawę wymiaru zasiłku stanowi kwota zadeklarowana.
3. Przyznanie zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego w przypadku śmierci matki, porzucenia przez nią dziecka lub niemożności sprawowania opieki z uwagi na niezdolność do samodzielnej egzystencji.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Zaświadczenia lekarskie przesyłane są elektronicznie we Włoszech. Wg informacji włoskiego Ministerstwa Gospodarki i Finansów oraz INPS (włoskiego zakładu ubezpieczeń społecznych) takie rozwiązanie zostało wprowadzone dekretem ministerialnym z dnia 26 lutego 2010 r. o sporządzeniu i przekazywaniu danych nt. choroby do SAC (centralny System Gromadzenia Danych). System ten był testowany przez okres 9 miesięcy i od dnia 1 lutego 2011 r. lekarz we Włoszech ma obowiązek przesłać zaświadczenie o niezdolności do Placydo INPS drogą elektroniczną, tzn. korzystając z komputera podłączonego do Internetu.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
ZUS		–	Wprowadzenie e-zwolnień poprawi efektywność obsługi ZUS ZLA przez ZUS. Wyeliminowana zostanie konieczność ręcznego wprowadzania do systemu przez pracowników ZUS danych z zaświadczeń lekarskich wydanych na formularzach papierowych.
Przedsiębiorstwa (osoby prawne)	275 tys.	ZUS	Płatnicy składek posiadający profil informacyjny płatnika składek będą automatycznie informowani o ZUS ZLA wystawianych dla zatrudnianych przez nich osób, za które rozliczają składki na ubezpieczenie społeczne.
Podmioty lecznicze	19 tys.	ZUS	Wprowadzenie e-zwolnień umożliwi szybszą obsługę klienta przy wystawianiu zaświadczeń lekarskich
Lekarze, felczerzy	140 tys.	ZUS	Wprowadzenie e-zwolnień spowoduje skrócenie czasu

			koniecznego na wypełnienie zaświadczenia lekarskiego
Ubezpieczeni	13072 tys	ZUS	Wprowadzenie e-zwolnień zniesie obowiązek dostarczania płatnikowi składek zaświadczeń lekarskich przez ubezpieczonego

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt został skierowany do konsultacji następującym partnerom społecznym:

- 1) Business Centre Club – Związek Pracodawców;
- 2) Konfederacji „Lewiatan”;
- 3) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 5) Krajowej Izbie Gospodarczej;
- 6) NSZZ „Solidarność”;
- 7) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 8) Forum Związków Zawodowych.

Projekt ustawy został przekazany również do zaopiniowania następującym organizacjom:

- 1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 2) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 3) Porozumieniu Zielonogórskiemu;
- 4) Krajowej Radzie Komorniczej;
- 5) Polskiej Izbie Informatyki i Telekomunikacji.

Wyniki konsultacji społecznych przedstawione zostały w formie załącznika nr 2 do projektu ustawy.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2012 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem (1)(2)	388,33	301,33	301,33	301,33	301,33	401,33	401,33	401,33	401,33	401,33		3600,3
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (ZUS+FUS)(1)(2)	388,33	301,33	301,33	301,33	301,33	401,33	401,33	401,33	401,33	401,33		3600,3
Wydatki ogółem (3)(4)	10,9	9,1	9,4	9,8	10,1	10,5	10,9	11,2	11,6	12		105,5
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (ZUS+FUS) (3) (4)	10,9	9,1	9,4	9,8	10,1	10,5	10,9	11,2	11,6	12		105,5
Saldo ogółem	377,43	292,23	291,93	291,53	291,23	390,83	390,43	390,13	389,73	389,33		3494,8
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (ZUS+FUS)	377,43	292,23	291,93	291,53	291,23	390,83	390,43	390,13	389,73	389,33		3494,8
Źródła finansowania	ZUS+FUS											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Opis metodologii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oszczędności, jakie dla ZUS wynikną z wprowadzenia systemu e-zwolnień wynikają z zaprzestania druku i obsługi bloczków ZUS. 2. Wprowadzenie proponowanych zmian zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku dla osób prowadzących działalność gospodarczą zmniejszy wydatki FUS na świadczenia wypłacane z ubezpieczenia chorobowego. 3. Wydatki dotyczące e-zwolnień wynikną z modyfikacji KSI ZUS pod kątem projektu e-zwolnienia. 4. Uchylenie przepisu o obniżeniu o 25% wysokości zasiłków chorobowego i opiekuńczego w przypadku niedopełnienia obowiązku dostarczenia do ubezpieczonego 											

	<p>zaświadczenia lekarskiego zwiększy wydatki FUS.</p> <p>5. Przyznanie prawa do zasiłku macierzyńskiego dla ojca dziecka w przypadku śmierci matki zwiększy wydatki FUS.</p> <p>6. Proponowane zmiany w ustawie emerytalnej zmniejszą wydatki FUS.</p> <p>Szczegółowa ocena skutków regulacji załączona została do uzasadnienia projektu ustawy.</p>
--	---

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Płatnicy składek będą automatycznie informowani o zaświadczeniach lekarskich wystawionych ich ubezpieczonym.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Obowiązek założenia profilu informacyjnego płatnika składek, na który przekazywane będą automatycznie e-zwolnienia, będzie dotyczył płatników opłacających składki na ubezpieczenia społeczne za więcej niż 5 osób.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Wprowadzenie e-zwolnień usprawni proces obsługi zaświadczeń lekarskich m.in. zniesie obowiązek dostarczania płatnikowi składek zaświadczeń lekarskich.						
Niemierzalne	Wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorstw	Projektowane rozwiązania będą miały pozytywny wpływ na funkcjonowanie przedsiębiorstw. Pracodawcy szybciej pozyskają informację o niezdolności do pracy ich pracowników oraz okresie jej trwania, co korzystnie wpłynie na organizację pracy.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Regulacja ustalania podstawy wymiaru będzie sprzyjać zachowaniu sprawiedliwości społecznej i utrzymaniu jednolitych zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku dla osób deklarujących podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.						

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input checked="" type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz:

Wyeliminowany zostanie obieg papierowych druków ZUS ZLA oraz ich kopii, zaświadczenia lekarskie zostaną dostarczone automatycznie, zaraz po wypełnieniu ich przez wystawiających.

9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowane rozwiązania będą miały pozytywny wpływ na rynek pracy. Pracodawcy szybciej pozyskają informację o niezdolności do pracy ich pracowników oraz okresie jej trwania, co korzystnie wpłynie na organizację pracy i pozwoli na szybkie dokonanie kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego w przypadku podejrzenia, że pracownik nadużywa swoich uprawnień w tym zakresie.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu		
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. Zaświadczenia lekarskie docelowo mają być wystawiane w formie dokumentu elektronicznego, jednakże z uwagi na konieczność dostosowania się do nowych regulacji w projekcie ustawy proponuje się, aby do końca 2017 r. funkcjonowały dwa systemy: stary i nowy. Konsekwencją zmian mających wejść w życie od 1 stycznia 2015 r. jest konieczność utworzenia przez płatników składek profilu informacyjnego płatnika składek przed dniem wejścia w życie projektowanych regulacji. Proponuje się, aby przepis ten wszedł w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy. Proponuje się, aby przepisy dotyczące ustalania podstawy wymiaru zasiłków przysługujących ubezpieczonym niebędącym pracownikami weszły w życie pierwszego dnia czwartego miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia ustawy.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
W związku z okresem przejściowym do końca 2017 r., kiedy funkcjonować będą równoległe dwa systemy – nowy i dotychczasowy – ocena ex post możliwa będzie dopiero na początku 2018 r. Miernikiem efektów będzie liczba zwolnień wystawionych w postaci elektronicznej oraz realna suma oszczędności ZUS.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Szczegółowa ocena skutków regulacji dołączona została do uzasadnienia do projektu ustawy.		

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia

**w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania
zaświadczenia lekarskiego oraz sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim**

Na podstawie art. 59a ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb i sposób orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia wystawianego przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) sposób dokumentowania orzeczonej niezdolności do pracy;
- 3) tryb i sposób sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim oraz przekazywania ubezpieczonemu i płatnikowi składek informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd i wydruku nowego zaświadczenia lekarskiego.

2. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny, zwane dalej „orzekaniem”, jest związane z postępowaniem diagnostyczno-leczniczym.

§ 2. Przy orzekaniu należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności istotne dla oceny stanu zdrowia i upośledzenia funkcji organizmu, powodujące czasową niezdolność do pracy ubezpieczonego, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy.

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

§ 3. 1. Okres czasowej niezdolności do pracy określany jest liczbą dni.

2. Okres czasowej niezdolności do pracy, przypadający na czas pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, obejmuje okres od dnia przyjęcia do szpitala albo innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne do dnia wypisania ze szpitala albo innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

§ 4. Orzekanie jest dokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej ubezpieczonego i obejmuje odpowiednio zakres danych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245), oraz okres niezdolności do pracy w razie jej stwierdzenia.

§ 5. Orzekanie następuje wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny.

§ 6. 1. Okres orzeczonej niezdolności do pracy może obejmować okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie niewątpliwie był niezdolny do pracy.

2. Okres orzeczonej niezdolności do pracy przez lekarza psychiatrę może obejmować okres wcześniejszy niż określony w ust. 1, w razie stwierdzenia lub podejrzenia zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność ubezpieczonego do oceny własnego postępowania.

§ 7. Po 30 dniach niezdolności do pracy prowadzący leczenie, przed ponownym orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy, ocenia jednocześnie, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej.

§ 8. 1. Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub konieczności osobistego sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny, zwane dalej „zaświadczeniem lekarskim”, wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny.

2. Przy wystawianiu ubezpieczonemu zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, należy brać pod uwagę stan zdrowia ubezpieczonego, z uwzględnieniem rodzajów i warunków pracy.

§ 9. Zaświadczenie lekarskie wystawia lekarz, lekarz dentysta, starszy felczer lub felczer prowadzący leczenie, zwany dalej „wystawiającym”, na okres, w którym ubezpieczony ze względu na jego stan zdrowia lub stan zdrowia członka rodziny powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym niezbędne jest przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub członka rodziny.

§ 10. 1. Zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie, lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania.

2. Zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres rozpoczynający się po dniu badania, nie później jednak niż czwartego dnia po dniu badania, jeżeli:

1) bezpośrednio po dniu badania przypadają dni wolne od pracy;

2) badanie jest przeprowadzone w okresie wcześniej orzeczonej niezdolności do pracy.

3. Zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie niewątpliwie był niezdolny do pracy.

4. Zaświadczenie lekarskie może być wystawione przez lekarza psychiatrę na okres wcześniejszy niż określony w ust. 3, w razie stwierdzenia lub podejrzenia zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność ubezpieczonego do oceny własnego postępowania.

§ 11. 1. Zaświadczenie lekarskie, stwierdzające okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, wystawia się nie później niż w dniu wypisania ubezpieczonego z tego szpitala albo innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

2. W razie dłuższego niż 14 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zaświadczenie lekarskie wystawia się co 14 dni w celu umożliwienia wypłaty zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas choroby.

3. Zaświadczenie lekarskie stwierdzające okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, może być, na wniosek ubezpieczonego, wystawione także w terminie późniejszym.

4. Do zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego okres niezdolności do pracy przypadający po zakończeniu pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, stosuje się odpowiednio § 10.

§ 12. Do zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego konieczność sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny przebywającym w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, stosuje się odpowiednio § 11.

§ 13. Wystawiający wystawia zaświadczenie lekarskie w formie dokumentu elektronicznego z oprogramowania, o którym mowa w art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, lub w formie dokumentu pisemnego na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z tego oprogramowania.

§ 14. 1. W razie ubezpieczenia z dwóch lub więcej tytułów wystawiający wystawia, na wniosek ubezpieczonego, odpowiednią liczbę zaświadczeń lekarskich, o których mowa w § 13.

2. Zaświadczenie lekarskie dla kolejnego płatnika zasiłku, potwierdzające wcześniej orzeczoną dla innego płatnika niezdolność do pracy, może być wystawione, na wniosek ubezpieczonego, w terminie późniejszym.

3. W razie zagubienia wydruku zaświadczenia lekarskiego lub zaświadczenia lekarskiego wystawionego w formie dokumentu pisemnego, wystawiający, na wniosek ubezpieczonego, przekazuje ubezpieczonemu wydruk wystawionego zaświadczenia lekarskiego z oprogramowania, o którym mowa w art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, bez informacji, o której mowa w art. 55 ust. 3 pkt. 9 ustawy.

§ 15. 1. Po 30. dniach niezdolności do pracy prowadzący leczenie, przed wystawieniem ubezpieczonemu zaświadczenia lekarskiego o dalszej niezdolności do pracy, ocenia jednocześnie, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia

rehabilitacji leczniczej, a w przypadku stwierdzenia takiej potrzeby – wypełnia wniosek o rehabilitację leczniczą według wzoru ustalonego w przepisach odrębnych.

2. Nie później niż na 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego, lekarz o którym mowa w ust. 1, przeprowadza badanie i ocenia, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia:

- 1) zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego;
- 2) zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

3. Lekarz prowadzący leczenie powinien poinformować ubezpieczonego, w toku prowadzonego leczenia, o terminie badania określonego w ust. 2.

4. Badanie, o którym mowa w ust. 2, przeprowadza się w domu ubezpieczonego, jeżeli jest on obłożnie chory.

5. Stosownie do wyników oceny, o której mowa w ust. 2, lekarz prowadzący leczenie wystawia zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego, informując ubezpieczonego o potrzebie niezwłocznego zgłoszenia wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego lub prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

§ 16. Zaświadczenie lekarskie wydane w wyniku kontroli lekarz orzecznik ZUS wystawia, po przeprowadzeniu bezpośredniego badania ubezpieczonego, w formie dokumentu elektronicznego z oprogramowania, o którym mowa w art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

§ 17. Sprostowaniu podlega każde zaświadczenie lekarskie, w którym stwierdzono istotny błąd w jego treści.

§ 18. 1. Sprostowanie wystawionego zaświadczenia lekarskiego może polegać na przekazaniu na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS:

- 1) informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, albo
- 2) informacji, o której mowa w pkt 1, oraz nowego zaświadczenia lekarskiego po sprostowaniu tego błędu.

2. Informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego wystawiający przekazuje ubezpieczonemu, informując go o obowiązku doręczenia tej informacji płatnikowi składek, w przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek.

3. Wydruk nowego zaświadczenia lekarskiego wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje ubezpieczonemu, informując go o obowiązku doręczenia nowego zaświadczenia lekarskiego płatnikowi składek, w przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek.

§ 19. 1. Sprostowania wystawionego zaświadczenia lekarskiego może dokonać wystawiający to zaświadczenie, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Jeżeli wystawiający nie może sprostować zaświadczenia lekarskiego z przyczyn od siebie niezależnych, zaświadczenie lekarskie może sprostować inny lekarz.

§ 20. Nie podlega sprostowaniu zaświadczenie lekarskie, w związku z którym wystawione zostało zaświadczenie lekarskie wydane w wyniku kontroli przez lekarza orzecznika ZUS.

§ 21. Informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego uzyskuje się w formie wydruku, z oprogramowania o którym mowa w art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

§ 22. Zakład Ubezpieczeń Społecznych zapisuje informacje o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego w rejestrze zaświadczeń lekarskich.

§ 23. Informacja o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego wraz z nowym zaświadczeniem lekarskim, jeśli takie wystawiono, przekazywana jest na profile informacyjne płatników składek, którym zostało doręczone błędne zaświadczenie lekarskie, z tym, że nowe zaświadczenie lekarskie nie jest przekazywane na profil informacyjny podmiotu, w przypadku gdy powodem sprostowania był błąd polegający na wskazaniu niewłaściwego podmiotu.

§ 24. W przypadku gdy wystawiający wystawia zaświadczenia lekarskie zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w brzmieniu obowiązującym przed dniem 1 stycznia 2015 r., stosuje się przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika ZUS (Dz. U. z 2013 r. poz. 229).

§ 25. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. ²⁾

MINISTER

PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

W porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

²⁾ Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy (Dz. U. Nr 145, poz. 1219) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229).

UZASADNIENIE

Kwestia orzekania o czasowej niezdolności do pracy określona jest rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy (Dz. U. z 2005 r. Nr 145, poz. 1219), natomiast kwestia trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określa rozporządzenie z dnia 27 lipca 1999 r. Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229).

Ustawa z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...) zmieniła formę zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność ubezpieczonego do pracy, w związku z czym wystąpiła konieczność wydania nowego rozporządzenia w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim.

Powołana wyżej ustawa wprowadza możliwość wystawiania i przesyłania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w szpitalu albo konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny w formie elektronicznej.

Zgodnie z art. 59a ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w brzmieniu nadanym powołaną wyżej ustawą, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego upoważniony jest do określenia, w drodze rozporządzenia:

- trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia wystawionego przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- sposobu dokumentowania orzeczonej niezdolności do pracy,
- trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim oraz przekazywania ubezpieczonemu i płatnikowi składek informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd i wydruku nowego zaświadczenia lekarskiego.

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie tego upoważnienia.

Proponuje się, aby projektowane rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Projekt rozporządzenia nie zawiera norm 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597), dlatego też nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z przepisami obowiązującymi w Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu</p> <p>Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim.</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo wiodące – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Ministerstwo współpracujące – Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Marek Bucior – podsekretarz stanu w MPiPS</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Departament Ubezpieczeń Społecznych tel. 22 661 16 38</p>	<p>Data sporządzenia 05.09.2014 r.</p> <p>Źródło: upoważnienie ustawowe</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Pracy i Polityki Społecznej</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Ustawa z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...) zmieniła formę zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność ubezpieczonego do pracy, w związku z czym istnieje również konieczność dostosowania rozporządzenia określającego tryb orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz rozporządzenia określającego tryb wystawiania zaświadczenia lekarskiego, zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zgodnie z art. 59a ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w brzmieniu nadanym powołaną wyżej ustawą, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego upoważniony jest do określenia, w drodze rozporządzenia:

- trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia wystawionego przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- sposobu dokumentowania orzeczonej niezdolności do pracy,
- trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim oraz przekazywania ubezpieczonemu i płatnikowi składek informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd i wydruku nowego zaświadczenia lekarskiego.

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie tego upoważnienia.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W rozporządzeniu określono:

- tryb i sposób orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia wystawionego przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- sposób dokumentowania orzeczonej niezdolności do pracy,
- tryb i sposób sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim oraz przekazywania ubezpieczonemu i płatnikowi składek informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd i wydruku nowego zaświadczenia lekarskiego.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Poszczególne kraje członkowskie UE/OECD regulują kwestie wystawiania zaświadczenia lekarskiego we własnym zakresie.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Ubezpieczeni	13072 tys.	ZUS	
Płatnicy składek	275 tys.	ZUS	
Lekarze, felczerzy	140 tys.	ZUS	
Zakład Ubezpieczeń Społecznych		-	

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zostanie przekazany do konsultacji następującym partnerom społecznym:

- Business Centre Club – Związek Pracodawców,
- Konfederacji „Lewiatan”,
- Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej,
- Związkowi Rzemiosła Polskiego,
- NSZZ „Solidarność”,
- Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych,
- Forum Związków Zawodowych.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2013 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)	
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Źródła finansowania													
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych powodujących zwiększenie wydatków lub zmniejszenie dochodów jednostek sektora finansów publicznych, w tym w budżecie państwa i budżetach jednostek samorządu terytorialnego, w stosunku do wielkości wynikających z obowiązujących przepisów.												

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne	Ubezpieczeni	Poprawa komfortu funkcjonowania w związku ze zniesieniem konieczności dostarczania płatnikom składek zaświadczeń lekarskich.						
	Płatnicy składek	Szybsze otrzymywanie zwolnień zatrudnianych pracowników.						

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz: nie dotyczy.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na żaden z wymienionych wyżej obszarów.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie dotyczy.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Nie dotyczy.		



Warszawa, 10 września 2014 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE - 920 - 1415- 13 /jf/5

DPUE.920.59.2013 / 20

dot.: RM-10-41-13 z 08.09.2014 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia

**o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach
pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych
innych ustaw, wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej
Polskiej w Unii Europejskiej**

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach
pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych
innych ustaw pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

z up. Ministra Spraw Zagranicznych

Podsekretarz Stanu
Artur Nowak-Far

Do wiadomości:

Pan Władysław Kosiniak-Kamysz
Minister Pracy i Polityki Społecznej

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia

w sprawie określenia sposobów postępowania przy ustalaniu prawa i wypłacie zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz określenia danych i dowodów wymaganych przy składaniu wniosków o wypłatę zasiłków

Na podstawie art. 61b ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposoby postępowania przy ustalaniu prawa i wypłacie zasiłków;
- 2) zakres danych wymaganych przy składaniu wniosku o wypłatę zasiłków;
- 3) zakres danych zaświadczeń oraz oświadczeń stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków;
- 4) inne dowody stanowiące podstawę przyznania i wypłaty zasiłków.

§ 2. 1. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zasiłku chorobowego ubezpieczonemu jest zaświadczenie płatnika składek zawierające:

- 1) w przypadku ubezpieczonego będącego pracownikiem – dane określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 2) w przypadku ubezpieczonego niebędącego pracownikiem z wyłączeniem ubezpieczonego, o którym mowa w pkt 3 – dane określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 3) w przypadku ubezpieczonego wykonującego pozarolniczą działalność, ubezpieczonego współpracującego z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność oraz duchownego – dane określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do przyznania i wypłaty przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku opiekuńczego, zasiłku macierzyńskiego oraz zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

§ 3. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zasiłku chorobowego za okres niezdolności do pracy przypadającej po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jest oświadczenie osoby występującej o zasiłek o zaprzestaniu i niepodjęciu działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającej prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby, o nieustaleniu prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, o niepodleganiu obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników określonego w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników, zawierające dane określone w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 4. 1. W przypadku gdy za okres orzeczonej niezdolności do pracy z powodu choroby objęty zaświadczeniem lekarskim, wydrukiem zaświadczenia lekarskiego lub zaświadczeniem lekarskim wystawionym na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, ubezpieczonemu przysługuje:

- 1) wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby, a następnie zasiłek chorobowy wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
 - 2) zasiłek chorobowy wypłacany przez płatnika składek, a następnie zasiłek chorobowy wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych
- płatnik składek, po wypłaceniu wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego, przekazuje do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zaświadczenie płatnika składek, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, zawierające dane identyfikacyjne zaświadczenia lekarskiego, na podstawie którego dokonano wypłaty zasiłku.

2. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w ust. 1, wypłaty dokonano na podstawie zaświadczenia lekarskiego sporządzonego w formie wydruku zaświadczenia lekarskiego lub zaświadczenia lekarskiego wystawionego na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, płatnik składek dołącza to zaświadczenie, pozostawiając w aktach kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

3. W przypadku gdy zaświadczenie lekarskie obejmuje okres, za który przysługuje wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby lub zasiłek chorobowy wypłacane przez płatnika składek, a następnie wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby lub zasiłek chorobowy wypłacane przez innego płatnika składek, płatnik składek po dokonaniu wypłaty zwraca ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie w formie wydruku zaświadczenia lekarskiego lub zaświadczenia lekarskiego wystawionego na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, pozostawiając w aktach kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem. Jeżeli podstawą wypłaty było zaświadczenie lekarskie w postaci dokumentu elektronicznego, inny płatnik składek dokonuje wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby lub zasiłku chorobowego na podstawie zaświadczenia lekarskiego w postaci dokumentu elektronicznego zamieszczonego na profilu informacyjnym tego płatnika składek, na jego wniosek złożony w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych albo na podstawie wydruku zaświadczenia lekarskiego uzyskanego przez ubezpieczonego od wystawiającego zaświadczenie lekarskie.

§ 5. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego za okres niezdolności do pracy orzeczonej za granicą jest przetłumaczone na język polski zaświadczenie lekarskie wystawione w zagranicznym zakładzie leczniczym lub przez zagranicznego lekarza:

- 1) zawierające nazwę zagranicznego zakładu leczniczego lub imię i nazwisko zagranicznego lekarza, opatrzone datą wystawienia i podpisem;
- 2) określające początkową i końcową datę tej niezdolności.

§ 6. Przepisu § 5 w zakresie obowiązku przetłumaczenia na język polski nie stosuje się do zaświadczeń lekarskich wystawionych na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej oraz państw – stron umów międzynarodowych w zakresie zabezpieczenia społecznego, których stroną jest Rzeczpospolita Polska, w językach urzędowych tych państw.

§ 7. 1. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru, jeżeli przyczyną niezdolności do pracy jest wypadek w drodze do pracy lub z pracy, a ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy z więcej niż jednego tytułu, jest oryginał albo kopia karty wypadku w drodze do pracy lub z pracy

potwierdzona za zgodność z oryginałem przez płatnika składek lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru, w przypadku niezdolności do pracy wynikającej z następstw zaistniałych w stanie zdrowia w związku z wcześniej stwierdzonym wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy, a ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy z więcej niż jednego tytułu, jest zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku, stwierdzające związek tej niezdolności do pracy z wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy.

§ 8. 1. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego są:

- 1) wniosek o świadczenie rehabilitacyjne, zawierający dane określone w załączniku nr 5 do rozporządzenia;
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza prowadzącego leczenie;
- 3) wywiad zawodowy z miejsca pracy – chyba, że wniosek o świadczenie rehabilitacyjne składa osoba, której niezdolność do pracy powstała po ustaniu ubezpieczenia albo osoba prowadząca pozarolniczą działalność;
- 4) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub karta wypadku – w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy;
- 5) decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej wydana przez inspektora sanitarnego – w przypadku choroby zawodowej;

2. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych świadczenia rehabilitacyjnego przysługującego po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego jest dodatkowo oświadczenie, o którym mowa w § 3.

§ 9. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu macierzyńskiego jest:

- 1) zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku określające przewidywaną datę porodu – za okres przed porodem;
- 2) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub jego kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez płatnika składek albo przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych – za okres od dnia porodu.

§ 10. 1. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego z tytułu urodzenia dziecka podczas pobytu za granicą jest:

- 1) zaświadczenie zagranicznego zakładu leczniczego lub zagranicznego lekarza stwierdzające przewidywaną datę porodu oraz spełniające warunki określone w § 5 pkt 1 – za okres przed porodem;
- 2) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub zagraniczny akt urodzenia dziecka lub kopie tych dokumentów, potwierdzone za zgodność z oryginałem przez płatnika składek albo przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych – za okres od dnia porodu.

2. Przepis § 6 stosuje się odpowiednio.

§ 11. 1. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to istniało w okresie ciąży, z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy są:

- 1) zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku stwierdzające stan ciąży w ostatnim dniu zatrudnienia;
- 2) świadectwo pracy lub inny dokument potwierdzający rozwiązanie stosunku pracy z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy;
- 3) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub jego kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez płatnika składek albo przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało w wyniku rozwiązania stosunku pracy z naruszeniem prawa są:

- 1) zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku stwierdzające stan ciąży w ostatnim dniu zatrudnienia;
- 2) prawomocne orzeczenie sądu o rozwiązaniu stosunku pracy z naruszeniem przepisów prawa;
- 3) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub jego kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez płatnika składek albo przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 12. 1. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie i wystąpienia do sądu z wnioskiem o przysposobienie są:

- 1) oświadczenie ubezpieczonego o dacie przyjęcia dziecka na wychowanie;
- 2) zaświadczenie sądu opiekuńczego o dacie wystąpienia do sądu o przysposobienie dziecka, zawierające datę urodzenia dziecka, albo jego kopia potwierdzona przez

płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem.

2. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego z tytułu przyjęcia dziecka na wychowanie w ramach rodziny zastępczej są:

- 1) prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej albo umowa cywilnoprawna zawarta pomiędzy rodziną zastępczą, a starostą albo ich kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem;
- 2) dokument podający wiek dziecka.

§ 13. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego przysługującego w razie rozwiązania z pracownicą stosunku pracy w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy są:

- 1) zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku stwierdzające stan ciąży w ostatnim dniu zatrudnienia;
- 2) świadectwo pracy lub inny dokument potwierdzający rozwiązanie stosunku pracy z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy;
- 3) oświadczenie ubezpieczonej o zarejestrowaniu się w powiatowym urzędzie pracy jako osoby bezrobotnej.

§ 14. 1. Dowodami stanowiącymi podstawę zaniechania wypłaty zasiłku macierzyńskiego w związku z rezygnacją z pobierania zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną matkę dziecka za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu macierzyńskiego w przypadku, o którym mowa w art. 180 § 5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.²⁾), są:

- 1) oświadczenie ubezpieczonej, od kiedy ubezpieczony ojciec dziecka będzie korzystał

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672, z 2008 r. Nr 93, poz. 586, Nr 116, poz. 740, Nr 223, poz. 1460 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 56, poz. 458, Nr 58, poz. 485, Nr 98, poz. 817, Nr 99, poz. 825, Nr 115, poz. 958, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1704, z 2010 r. Nr 105, poz. 655, Nr 135, poz. 912, Nr 182, poz. 1228, Nr 224, poz. 1459, Nr 249, poz. 1655 i Nr 254, poz. 1700, z 2011 r. Nr 36, poz. 181, Nr 63, poz. 322, Nr 80, poz. 432, Nr 144, poz. 855, Nr 149, poz. 887 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 908 i 1110, z 2013 r. poz. 2, 675, 896 i 1028 oraz z 2014 r. poz. 208.

z uprawnień do zasiłku macierzyńskiego;

- 2) zaświadczenie pracodawcy o dacie zaprzestania korzystania z urlopu macierzyńskiego – w przypadku pracownicy, której zasiłek macierzyński jest wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) wniosek ubezpieczonej zawierający datę, od której rezygnuje ona z pobierania zasiłku macierzyńskiego – w przypadku ubezpieczonej niebędącej pracownikiem.

2. Dowodami stanowiącymi podstawę zaniechania wypłaty zasiłku macierzyńskiego, w związku z rezygnacją z pobierania zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną matkę dziecka za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w przypadku, o którym mowa w art. 183 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, są dokumenty, o których mowa w ust. 1.

§ 15. 1. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonemu ojcu dziecka w przypadku skrócenia przez ubezpieczoną matkę dziecka okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego są:

- 1) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub jego kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez płatnika składek albo Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną matkę dziecka, o okresie przysługującego jej zasiłku macierzyńskiego oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał ubezpieczonej matce dziecka, zawierające imię, nazwisko i numer PESEL ubezpieczonej matki dziecka albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli nie nadano numeru PESEL.

2. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonemu ojcu dziecka lub innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny, w razie śmierci matki lub porzucenia przez nią dziecka, są dowody określone w ust. 1 oraz oświadczenie ubezpieczonego, odpowiednio o śmierci matki dziecka albo o porzuceniu przez nią dziecka.

§ 16. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonemu ojcu dziecka z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem za okres, o którym mowa w art. 180 § 6¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, są:

- 1) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub jego kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez płatnika składek albo Zakład Ubezpieczeń Społecznych;

- 2) zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie przysługującego i wypłaconego matce dziecka zasiłku macierzyńskiego oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał ubezpieczonej matce dziecka, zawierające imię, nazwisko i numer PESEL ubezpieczonej matki dziecka albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli nie nadano numeru PESEL;
- 3) zaświadczenie o dacie przyjęcia ubezpieczonej matki dziecka do szpitala wystawione przez szpital;
- 4) zaświadczenie o dacie wypisania ubezpieczonej matki dziecka ze szpitala wystawione przez szpital.

§ 17. 1. Dowodami stanowiącymi podstawę przerwania wypłaty zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonej matce dziecka w związku z jej pobytem w szpitalu są:

- 1) zaświadczenie o terminie przyjęcia ubezpieczonej matki dziecka do szpitala wystawione przez szpital albo jego kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem;
- 2) oświadczenie ubezpieczonej o dacie, od której ubezpieczony ojciec dziecka będzie korzystał z uprawnień do zasiłku macierzyńskiego;
- 3) zaświadczenie pracodawcy o terminie zaprzestania korzystania z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego – w przypadku pracownicy, której zasiłek macierzyński jest wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Dowodem stanowiącym podstawę podjęcia wypłaty zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonej matce dziecka za okres po przerwie w pobieraniu tego zasiłku spowodowanej pobytem ubezpieczonej w szpitalu, jest zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie, za który wypłacono zasiłek macierzyński ubezpieczonemu ojcu dziecka, zawierające imię, nazwisko i numer PESEL ubezpieczonego ojca dziecka albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli nie nadano numeru PESEL.

§ 18. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego przysługującego ubezpieczonemu za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, w razie gdy zasiłek macierzyński za okres bezpośrednio poprzedzający

okres objęty wnioskiem o udzielenie takiego urlopu był pobierany przez tego ubezpieczonego, są:

- 1) zaświadczenie pracodawcy o okresie udzielonego dodatkowego urlopu macierzyńskiego albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz zaświadczenie pracodawcy o okresie i wymiarze czasu pracy wykonywanej w czasie dodatkowego urlopu macierzyńskiego albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego – w przypadku pracownika, któremu zasiłek macierzyński jest wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) wniosek ubezpieczonego złożony płatnikowi zasiłku macierzyńskiego przed terminem rozpoczęcia korzystania z tego zasiłku za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego – w przypadku ubezpieczonego niebędącego pracownikiem.

§ 19. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego przysługującego ubezpieczonemu za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu rodzicielskiego, w razie gdy zasiłek macierzyński za okres bezpośrednio poprzedzający okres objęty wnioskiem o udzielenie tego urlopu był pobierany przez tego ubezpieczonego, są:

- 1) oświadczenie ubezpieczonego o braku zamiaru korzystania przez drugiego z rodziców dziecka w okresie wskazanym we wniosku z zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu rodzicielskiego albo oświadczenie ubezpieczonego o okresie, w którym drugi z rodziców dziecka zamierza korzystać z zasiłku macierzyńskiego za okres tego urlopu, w okresie objętym wnioskiem albo potwierdzone przez pracodawcę za zgodność z oryginałem kopie takich oświadczeń – w przypadku pracownika, któremu zasiłek macierzyński jest wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) zaświadczenie pracodawcy o okresie udzielonego urlopu rodzicielskiego oraz zaświadczenie pracodawcy o okresie i wymiarze czasu pracy wykonywanej w czasie urlopu rodzicielskiego – w przypadku pracownika, któremu zasiłek macierzyński jest wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) wniosek ubezpieczonego złożony płatnikowi zasiłku macierzyńskiego przed terminem rozpoczęcia korzystania z tego zasiłku za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu rodzicielskiego – w przypadku ubezpieczonego niebędącego

pracownikiem.

§ 20. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego przysługującego za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, w razie gdy zasiłek macierzyński za okres bezpośrednio poprzedzający okres objęty wnioskiem o udzielenie takiego urlopu był pobierany przez drugiego z rodziców dziecka, są:

- 1) zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie, za który zasiłek macierzyński wypłacono drugiemu z rodziców dziecka, liczbie części wypłaconego zasiłku za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał drugiemu z rodziców dziecka, zawierające imię, nazwisko i numer PESEL tego rodzica dziecka albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli nie nadano numeru PESEL;
- 2) zaświadczenie pracodawcy o okresie i wymiarze czasu pracy wykonywanej w czasie dodatkowego urlopu macierzyńskiego albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego – w przypadku pracownika, któremu zasiłek macierzyński jest wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) wniosek ubezpieczonego złożony płatnikowi zasiłku przed terminem rozpoczęcia korzystania z tego zasiłku za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego – w przypadku ubezpieczonego niebędącego pracownikiem;
- 4) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka albo jego kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem, albo
- 5) oświadczenie ubezpieczonego kiedy dziecko zostało przyjęte na wychowanie oraz zaświadczenie sądu opiekuńczego o wystąpieniu do sądu o przysposobienie dziecka, zawierające datę urodzenia dziecka albo jego kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem, albo
- 6) prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej albo umowa cywilnoprawna zawarta pomiędzy rodziną zastępczą, a starostą, albo ich kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem oraz dokument potwierdzający wiek dziecka.

§ 21. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego przysługującego za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu rodzicielskiego, w razie gdy zasiłek macierzyński za okres bezpośrednio poprzedzający okres objęty wnioskiem o udzielenie tego urlopu był pobierany przez drugiego z rodziców dziecka, są:

- 1) oświadczenie ubezpieczonego o braku zamiaru korzystania przez drugiego z rodziców dziecka w okresie wskazanym we wniosku z zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu rodzicielskiego albo oświadczenie ubezpieczonego o okresie, w którym drugi z rodziców dziecka zamierza korzystać z zasiłku macierzyńskiego za okres tego urlopu, w okresie objętym wnioskiem albo potwierdzone przez pracodawcę za zgodność z oryginałem kopie takich oświadczeń – w przypadku pracownika, któremu zasiłek macierzyński jest wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie, za który zasiłek macierzyński wypłacono drugiemu z rodziców dziecka, liczbie części wypłaconego zasiłku za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu rodzicielskiego oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał drugiemu z rodziców dziecka, zawierające imię, nazwisko i numer PESEL tego rodzica dziecka albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli nie nadano numeru PESEL;
- 3) zaświadczenie pracodawcy o okresie i wymiarze czasu pracy wykonywanej w czasie urlopu rodzicielskiego – w przypadku pracownika, któremu zasiłek macierzyński jest wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 4) wniosek ubezpieczonego złożony płatnikowi zasiłku macierzyńskiego przed terminem rozpoczęcia korzystania z tego zasiłku za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu rodzicielskiego – w przypadku ubezpieczonego niebędącego pracownikiem;
- 5) odpowiedni dokument, o którym mowa w § 20 pkt 4–6.

§ 22. 1. Dowodami stanowiącymi podstawę zaniechania wypłaty zasiłku macierzyńskiego w związku z rezygnacją z pobierania zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną matkę dziecka za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego w całości lub w części, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w całości lub w części albo urlopu rodzicielskiego w całości lub w części, w przypadkach, o których mowa w art. 179² § 1, art. 179³ § 1 i art. 182⁴ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, są:

- 1) oświadczenie ubezpieczonej, czy ubezpieczony ojciec dziecka będzie korzystał z uprawnień do zasiłku macierzyńskiego za pozostały okres;
- 2) zaświadczenie pracodawcy o terminie zaprzestania korzystania z dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo urlopu rodzicielskiego, w przypadku pracownicy, której zasiłek macierzyński jest wypłacany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) wniosek ubezpieczonej złożony płatnikowi zasiłku w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego zawierający datę, od której rezygnuje ona z pobierania zasiłku macierzyńskiego – w przypadku ubezpieczonej niebędącej pracownikiem.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio w przypadku rezygnacji z pobierania zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczonego ojca dziecka za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego w części, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w części albo urlopu rodzicielskiego w części, w przypadkach o których mowa w art. 179⁴ i art. 182⁴ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

§ 23. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku macierzyńskiego, przysługującego ubezpieczonemu za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu ojcowskiego, są:

- 1) skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub prawomocne postanowienie sądu o przysposobieniu dziecka lub kopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez płatnika składek albo Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) oświadczenie ubezpieczonego, że zasiłek macierzyński za okres urlopu ojcowskiego nie został pobrany z innego tytułu;
- 3) w przypadku ubezpieczonego niebędącego pracownikiem – wniosek ubezpieczonego o wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony przepisami prawa pracy jako okres urlopu ojcowskiego, złożony przed terminem rozpoczęcia korzystania z zasiłku macierzyńskiego, zawierający datę, od której ubezpieczony zamierza korzystać z zasiłku macierzyńskiego.

§ 24. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku opiekuńczego jest wniosek o zasiłek opiekuńczy, zawierający dane określone w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

§ 25. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania opieki podczas pobytu za granicą jest zaświadczenie zagranicznego zakładu leczniczego lub zagranicznego lekarza, spełniające warunki określone w § 5 i 6 oraz wniosek, o którym mowa w § 24.

§ 26. 1. Dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku opiekuńczego z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem w wieku do lat 8. jest:

- 1) oświadczenie ubezpieczonego – w przypadku nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do którego uczęszcza dziecko;
 - 2) decyzja o konieczności izolacji dziecka wydana przez właściwy organ albo uprawniony podmiot, na podstawie przepisów o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
 - 3) zaświadczenie lekarskie wystawione ubezpieczonemu na zwykłym druku w przypadku:
 - a) porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki,
 - b) pobytu małżonka stale opiekującego się dzieckiem w stacjonarnym podmiocie leczniczym;
 - 4) oświadczenie ubezpieczonego o chorobie niani lub dziennego opiekuna oraz wydruk zaświadczenia lekarskiego, lub kopia zaświadczenia lekarskiego wystawionego na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, albo kopia zaświadczenia lekarskiego wystawionego na zwykłym druku, stwierdzających niezdolność do pracy niani lub dziennego opiekuna, potwierdzone przez ubezpieczonego za zgodność z oryginałem – w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457), lub dziennego opiekuna, sprawujących opiekę nad dzieckiem.
2. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, powinno zawierać:
- 1) imię i nazwisko małżonka stale opiekującego się dzieckiem;
 - 2) okres i przyczynę konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem;
 - 3) nazwisko dziecka, nad którym ma być sprawowana opieka, oraz jego imię, o ile dziecku zostało już nadane;
 - 4) pieczętkę i podpis wystawiającego zaświadczenie.

3. Zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku, stwierdzające niezdolność do pracy niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3., lub dziennego opiekuna, sprawujących opiekę nad dzieckiem, powinno zawierać:

- 1) imię, nazwisko i PESEL niani lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem albo serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli nie nadano numeru PESEL;
- 2) okres orzeczonej niezdolności do pracy;
- 3) pieczętkę i podpis wystawiającego zaświadczenie.

§ 27. Dowodami stanowiącymi podstawę przyznania i wypłaty zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 32a ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, są:

- 1) zaświadczenie wystawione przez szpital o okresie pobytu ubezpieczonej matki dziecka w szpitalu;
- 2) oświadczenie ubezpieczonego o pobieraniu przez ubezpieczoną matkę dziecka zasiłku macierzyńskiego w okresie 8. tygodni po porodzie.

§ 28. Podstawą wszczęcia postępowania o wypłatę zasiłku chorobowego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w przypadku nieprzedłożenia wydruku zaświadczenia lekarskiego lub zaświadczenia lekarskiego wystawionego na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, jest wniosek o zasiłek chorobowy zawierający dane określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia albo zaświadczenia płatnika składek, o którym mowa w § 2.

§ 29. 1. Dowody do przyznania i wypłaty świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, o których mowa w rozporządzeniu, mogą być składane w formie dokumentu elektronicznego za pomocą środków komunikacji elektronicznej przez elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, utworzoną zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114).

2. Dowody, o których mowa w ust. 1, złożone w formie dokumentu elektronicznego powinny być:

- 1) uwierzytelnione przy użyciu mechanizmów określonych w art. 20a ust. 1 ustawy

z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne lub mechanizmów określonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 20a ust. 2 tej ustawy;

2) zgodne ze wzorem dokumentu elektronicznego ustalonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

3. Dowody, o których mowa w ust. 1, przekazane w formie elektronicznej przez zagraniczną instytucję ubezpieczeniową państwa członkowskiego Unii Europejskiej, państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej albo państwa – strony umowy międzynarodowej w zakresie zabezpieczenia społecznego, której stroną jest Rzeczpospolita Polska, uznaje się za równorzędne z oryginalnymi dokumentami wymaganymi w postępowaniu o przyznanie i wypłatę zasiłków.

4. Dowody, o których mowa w ust. 1, przekazane w formie elektronicznej mogą być przechowywane w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w postaci elektronicznej. Dowody złożone w formie papierowej mogą być przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych umieszczone w systemie teleinformatycznym, po ich odwzorowaniu cyfrowym i opatrzeniu poświadczeniem autentyczności.

§ 30. 1. Druki według wzorów określonych w rozporządzeniu, o którym mowa w § 32, mogą być stosowane do czasu wyczerpania zapasów.

2. Wzory druków, uwzględniające zakres danych wymaganych przy składaniu wniosków, zaświadczeń oraz oświadczeń stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków, określi Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 31. W przypadku gdy lekarz, lekarz dentysta, felczer i starszy felczer do dnia 31 grudnia 2017 r. wystawia zaświadczenie lekarskie zgodnie z art. 55 ustawy o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w brzmieniu obowiązującym przed dniem 1 stycznia 2015 r., stosuje się przepisy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2012 r. poz. 444 oraz z 2013 r. poz. 1380).

§ 32. Traci moc rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

§ 33. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

³⁾ Niniejsze rozporządzenie poprzedzone było rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2012 r. poz. 444 oraz z 2013 r. poz. 1380).

**Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Pracy i Polityki Społecznej
z dnia ... (poz. ...)**

Załącznik nr 1

**ZAKRES DANYCH ZAŚWIADCZENIA PŁATNIKA SKŁADEK W PRZYPADKU
UBEZPIECZONEGO BĘDĄCEGO PRACOWNIKIEM**

- 1) nazwa i adres płatnika składek lub pieczęć płatnika składek, jeżeli ją posiada;
- 2) NIP i REGON płatnika składek, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów, albo jednego z nich – numer PESEL lub seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 4) numer PESEL ubezpieczonego, a jeżeli ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) okres zatrudnienia u płatnika składek oraz wymiar czasu pracy ubezpieczonego i data, od której miała miejsce zmiana wymiaru czasu pracy;
- 6) poprzednie okresy ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa;
- 7) informacja, czy niezdolność do pracy powstała z powodu choroby zawodowej, wypadku przy pracy, wypadku w drodze lub z pracy, z podaniem dokumentu potwierdzającego tę okoliczność;
- 8) informacja, czy ubezpieczony w okresie niezdolności do pracy korzysta z urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego, przebywa w areszcie tymczasowym albo odbywa karę pozbawienia wolności, z podaniem tych okresów;
- 9) okresy, za które płatnik składek wypłacił wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby w danym roku kalendarzowym, z podaniem kodów literowych;
- 10) okresy, za które płatnik składek wypłacił zasiłek chorobowy, wliczane do jednego okresu zasiłkowego, z podaniem kodów literowych, a także okresy, za które płatnik składek wypłacał zasiłek macierzyński lub świadczenie rehabilitacyjne;
- 11) liczba ubezpieczonych zgłaszanych przez płatnika składek do ubezpieczenia chorobowego;

- 12) okresy, w których udzielano ubezpieczonemu urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub urlopu ojcowskiego;
- 13) numer rachunku bankowego ubezpieczonego;
- 14) składniki wynagrodzenia za okresy miesięczne, kwartalne, roczne oraz za inne okresy, z podaniem liczby dni, które pracownik przepracował w tym okresie i które zobowiązany był przepracować, przyczyny nieprzepracowania całego okresu i procentu składki potrąconej, a w przypadku składników miesięcznych dodatkowo z podziałem na składniki wynagrodzenia stałe oraz składniki wynagrodzenia zmienne pomniejszane proporcjonalnie bądź uwzględniane w kwocie faktycznej;
- 15) informacja, czy z ubezpieczonym jest zawarta umowa agencyjna, umowa zlecenia lub inna umowa o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowa o dzieło lub inna umowa, terminu do którego składnik przysługuje oraz kwoty wynagrodzenia z tych tytułów za poszczególne miesiące;
- 16) data i podpis upoważnionego pracownika, numer telefonu oraz pieczęć zawierająca imię i nazwisko oraz stanowisko;
- 17) wskazanie rodzaju świadczenia, o które ubiega się wnioskująca osoba oraz jego okresu;
- 18) pouczenie.

Zakres danych, które powinno zawierać zaświadczenie płatnika składek w przypadku ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, z wyłączeniem ubezpieczonego wykonującego pozarolniczą działalność gospodarczą, ubezpieczonego współpracującego z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność oraz duchownego

- 1) nazwa i adres płatnika składek lub pieczętka płatnika składek, jeżeli ją posiada;
- 2) NIP i REGON płatnika składek, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów, albo jednego z nich – numer PESEL lub seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 4) numer PESEL ubezpieczonego, a jeżeli ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) informacja, czy ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa lub ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, jako osoba, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2–4, 6–9b, 12 i 18a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.¹⁾) lub osoba sprawująca opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi do lat 3 (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457);
- 6) okresy podlegania ubezpieczeniu społecznemu w razie choroby i macierzyństwa oraz ubezpieczeniu z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych u płatnika składek;
- 7) poprzednie okresy ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa;
- 8) okresy, za które płatnik składek wypłacił wynagrodzenie, uposażenie, stypendium albo inne świadczenie za okresy orzeczonej niezdolności do pracy w danym roku kalendarzowym, z podaniem kodów literowych;
- 9) okresy, za które płatnik składek wypłacił zasiłek chorobowy, wliczane do jednego okresu zasiłkowego, z podaniem kodów literowych, a także okresy, za które płatnik składek wypłacał zasiłek macierzyński lub świadczenie rehabilitacyjne;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1623, 1650 i 1717, oraz z 2014 r. poz. 567, 598, 1146 i 1161.

- 10) informacja czy niezdolność do pracy powstała z powodu choroby zawodowej, wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy, z podaniem dokumentu potwierdzającego tę okoliczność;
- 11) informacja, czy ubezpieczony w okresie niezdolności do pracy korzysta z urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego, przebywa w areszcie tymczasowym albo odbywa karę pozbawienia wolności, z podaniem tych okresów;
- 12) liczba ubezpieczonych zgłaszanych przez płatnika składek do ubezpieczenia chorobowego;
- 13) numer rachunku bankowego ubezpieczonego;
- 14) wskazanie przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek;
- 15) data i podpis upoważnionego pracownika, numer telefonu oraz pieczętka zawierająca imię i nazwisko oraz stanowisko;
- 16) wskazanie rodzaju świadczenia, o które ubiega się wnioskująca osoba oraz jego okresu;
- 17) pouczenie.

Zakres danych, które powinno zawierać zaświadczenie płatnika składek w przypadku ubezpieczonego wykonującego pozarolniczą działalność gospodarczą, ubezpieczonego współpracującego z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność oraz duchownego

- 1) nazwa i adres płatnika składek lub pieczęć płatnika składek, jeżeli ją posiada;
- 2) NIP i REGON płatnika składek, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów, albo jednego z nich – numer PESEL lub seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 4) numer PESEL ubezpieczonego, a jeżeli ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) informacja, czy ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa lub ubezpieczeniem z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych jako osoba, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 i 10 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.);
- 6) informacja, czy niezdolność do pracy powstała z powodu choroby zawodowej, wypadku przy pracy albo wypadku w drodze do pracy lub z pracy, z podaniem dokumentu potwierdzającego tę okoliczność;
- 7) numer rachunku bankowego ubezpieczonego;
- 8) miejscowość, data, podpis i pieczęć upoważnionej osoby;
- 9) wskazanie rodzaju świadczenia, o które ubiega się wnioskująca osoba oraz jego okresu;
- 10) pouczenie.

Zakres danych, które powinno zawierać zaświadczenie osoby występującej o zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne za okres niezdolności do pracy, przypadającej po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego/wypadkowego

- 1) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania wnioskodawcy;
- 2) numer PESEL wnioskodawcy, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) informacja, czy wnioskodawca wystąpił o ustalenie uprawnień lub ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy lub renty z tytułu niezdolności do służby, wojskowej renty inwalidzkiej, zagranicznej emerytury, zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy, z podaniem organu rentowego i daty wystąpienia z wnioskiem lub daty, od której uprawnienia zostały ustalone;
- 4) informacja, czy wnioskodawca jest uprawniony do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku albo świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, z podaniem daty od której uprawnienia zostały ustalone;
- 5) informacja o podjęciu lub kontynuacji działalności zarobkowej z podaniem rodzaju działalności, w tym w szczególności prowadzenia przez wnioskodawcę albo małżonka gospodarstwa rolnego, z podaniem liczby hektarów przeliczeniowych albo działu specjalnego, podleganiu przez wnioskodawcę ubezpieczeniu społecznemu rolników obowiązkowo albo dobrowolnie, także jako domownik rolnika, prowadzeniu działalności pozarolniczej, zawarciu umowy o pracę, zawarciu umowy zlecenia albo innej działalności zarobkowej, z podaniem daty podjęcia działalności;
- 6) informacja, czy wnioskodawca korzysta z urlopu bezpłatnego w razie zatrudnienia u dwóch lub więcej pracodawców, z podaniem okresu tego urlopu;
- 7) informacja, czy wnioskodawca jest uprawniony do dodatku szkoleniowego, stypendium albo innego świadczenia pieniężnego wypłacanego przez powiatowy urząd pracy z podaniem daty, od której uprawnienia te zostały ustalone;
- 8) numer rachunku bankowego wnioskodawcy;
- 9) data, podpis wnioskodawcy;
- 10) pouczenie.

Zakres danych wniosku o świadczenie rehabilitacyjne

I. W części wypełnianej przez wnioskodawcę:

- 1) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania wnioskodawcy;
- 2) numer PESEL wnioskodawcy, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) wskazanie przyczyny ubiegania się o świadczenie rehabilitacyjne, tj. ogólny stan zdrowia, wypadek przy pracy albo choroba zawodowa;
- 4) informacja, czy wnioskodawca wystąpił o ustalenie uprawnień lub ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy lub renty z tytułu niezdolności do służby, wojskowej renty inwalidzkiej, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zagranicznej emerytury, zagranicznej renty z tytułu niezdolności do pracy, z podaniem organu rentowego i daty wystąpienia z wnioskiem lub daty, od której uprawnienia zostały ustalone;
- 5) informacja, czy osoba ubiegająca się o świadczenie rehabilitacyjne była badana przez komisję lekarską do spraw inwalidztwa i zatrudnienia albo lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, z podaniem oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, daty badania i numeru sprawy;
- 6) informacja, czy wnioskodawca jest zaliczony do jednej z grup inwalidów albo uznany za osobę niezdolną do pracy, z podaniem grupy lub stopnia niezdolności do pracy i numeru akt;
- 7) informacja, czy wnioskodawca ma ustalone prawo do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku albo świadczenia przedemerytalnego, z podaniem jego okresu;
- 8) informacja, czy wnioskodawca jest uprawniony do urlopu dla poratowania zdrowia, z podaniem jego okresu;
- 9) informacja, czy wnioskodawca odbył rehabilitację leczniczą, z podaniem okresu, oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych kierującego na rehabilitację oraz nazwy i adresu ośrodka, w którym przeprowadzono rehabilitację;
- 10) zobowiązanie do poinformowania podmiotu wypłacającego świadczenie rehabilitacyjne o wszelkich zmianach, w zakresie określonym w pkt 1 i 3–9;
- 11) numer rachunku bankowego wnioskodawcy.

II. W części wypełnianej przez płatnika składek:

- 1) NIP i REGON płatnika składek, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tych numerów albo jednego z nich – numer PESEL lub seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) symbol EKD/PKD;
- 3) informacja o okresie trwania ubezpieczenia wnioskodawcy;
- 4) nazwa i adres płatnika składek lub pieczęć płatnika składek, jeżeli ją posiada;
- 5) data i podpis upoważnionego pracownika, numer telefonu oraz pieczęć zawierająca imię, nazwisko i stanowisko.

III. W części wypełnianej przez płatnika zasiłku chorobowego:

- 1) wskazanie okresu niezdolności do pracy z powodu choroby, za który wnioskodawca otrzymał wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy lub zasiłek chorobowy;
- 2) wskazanie, z jakim dniem zakończy się okres zasiłkowy oraz czy jest to 182- czy 270-dniowy okres zasiłkowy;
- 3) nazwa i adres płatnika składek lub pieczęć płatnika składek, jeżeli ją posiada albo pieczęć terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 4) data i podpis upoważnionego pracownika, numer telefonu oraz pieczęć zawierająca imię, nazwisko i stanowisko.

Zakres danych wniosku o zasiłek opiekuńczy

- 1) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania wnioskodawcy;
- 2) numer PESEL wnioskodawcy, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) wskazanie okresu, za który wnioskodawca ubiega się o zasiłek opiekuńczy;
- 4) wskazanie danych dziecka lub członka rodziny (imię, nazwisko, numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, stopień pokrewieństwa, data urodzenia);
- 5) oświadczenie zawierające informacje, czy:
 - a) jest domownik mogący zapewnić opiekę w okresie, o którym mowa w pkt 3,
 - b) wnioskodawca jest zatrudniony w systemie pracy zmianowej oraz w jakich godzinach,
 - c) matka/ojciec dziecka pracuje, ze wskazaniem czy wykonuje pracę w systemie pracy zmianowej oraz w jakich godzinach,
 - d) w danym roku kalendarzowym wypłacono wnioskodawcy zasiłek opiekuńczy z tytułu poprzedniego ubezpieczenia z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14. albo nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14. lat lub chorym członkiem rodziny, ze wskazaniem liczby dni oraz nazwy i adresu poprzedniego płatnika składek,
 - e) w danym roku kalendarzowym matka/ojciec dziecka, małżonek/małżonka pobrał zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dziećmi w wieku do lat 14. albo nad chorymi dziećmi w wieku powyżej 14. lat lub chorym członkiem rodziny, ze wskazaniem liczby dni oraz nazwy i adresu płatnika składek oraz imienia i nazwiska oraz numeru PESEL matki/ojca/małżonki(a), a w razie gdy nie nadano numeru PESEL, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) w danym roku kalendarzowym inny członek rodziny pobrał zasiłek opiekuńczy z tytułu opieki nad dzieckiem w wieku do 8. tygodnia życia albo nad chorym członkiem rodziny, ze wskazaniem innego członka rodziny,

a razie gdy nie nadano numeru PESEL, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

- g) ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z dzieckiem w wieku powyżej 14. lat lub chorym członkiem rodziny, w związku z opieką nad którym ubiega się o zasiłek opiekuńczy,
- h) oprócz domowników mogących zapewnić opiekę dziecku, jest niania zatrudniona na podstawie umowy uaktywniającej, w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi do lat 3. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1457);

- 6) numer rachunku bankowego wnioskodawcy;
- 7) miejscowość, data oraz podpis wnioskodawcy;
- 8) pouczenie.

Zakres danych wniosku o zasiłek chorobowy

- 1) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania wnioskodawcy;
- 2) numer PESEL wnioskodawcy, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) nazwa płatnika składek;
- 4) NIP płatnika składek albo nazwa płatnika składek;
- 5) wskazanie okresu, za który wnioskodawca ubiega się o zasiłek chorobowy, z podaniem serii i numeru zaświadczenia lekarskiego;
- 6) wskazanie, czy wniosek dotyczy okresu niezdolności do pracy z powodu choroby przypadającego w okresie ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, czy też po ustaniu ze wskazaniem z jakim dniem ustał tytuł ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych;
- 7) numer rachunku bankowego wnioskodawcy;
- 8) data oraz podpis wnioskodawcy.

UZASADNIENIE

Ustawa z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...) zmieniła formę zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność ubezpieczonego do pracy, w związku z czym uległy również zmianie zasady postępowania przy ustalaniu prawa i wypłacie zasiłków, zakres danych wymaganych przy składaniu wniosku o wypłatę zasiłków, zakres danych zaświadczeń oraz oświadczeń, stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków oraz inne dowody, stanowiące podstawę przyznania i wypłaty zasiłków.

Zgodnie z art. 61b ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...) minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego jest upoważniony do określenia, w drodze rozporządzenia, wymaganych dowodów, stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z tego ubezpieczenia.

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie tego upoważnienia.

W rozporządzeniu określono dowody stanowiące podstawę przyznania oraz wypłaty zasiłków: chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego oraz zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, a także zasady przekazywania ich do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. wraz z wejściem w życie ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw.

Stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Projekt rozporządzenia nie zawiera norm 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597), dlatego też nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu</p> <p>Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia zasad postępowania przy ustalaniu prawa i wypłacie zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz określenia danych i dowodów wymaganych przy składaniu wniosków o wypłatę zasiłków.</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Marek Bucior – podsekretarz stanu w MPiPS</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Dominik Komorek - starszy specjalista w DUS, tel. 661-17-26, dominik.komorek@mpips.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 5 września 2014 r.</p> <p>Źródło: upoważnienie ustawowe</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Pracy i Polityki Społecznej</p>
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Ustawa z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...) zmieniła formę zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność ubezpieczonego do pracy, w związku z czym uległy również zmianie zasady postępowania przy ustalaniu prawa i wypłacie zasiłków, zakres danych wymaganych przy składaniu wniosku o wypłatę zasiłków, zakres danych zaświadczeń oraz oświadczeń stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków oraz inne dowody stanowiące podstawę przyznania i wypłaty zasiłków.

Zgodnie z art. 61b ust. 6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 159 i ...) minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego jest upoważniony do określenia, w drodze rozporządzenia, wymaganych dowodów, stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z tego ubezpieczenia.

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie tego upoważnienia.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W rozporządzeniu określono dowody stanowiące podstawę przyznania oraz wypłaty zasiłków: chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego oraz zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, a także zasady przekazywania ich do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Poszczególne kraje członkowskie UE/OECD regulują kwestie dowodów stanowiących podstawę przyznania określonych zasiłków we własnym zakresie. Przykładowo w Wielkiej Brytanii konieczne jest złożenie wniosku, oryginałów niektórych dokumentów (np. aktów urodzenia czy małżeństwa) oraz odpowiednich oświadczeń. W Kanadzie procedura ubiegania się o zasiłek wymaga złożenia wniosku w formie elektronicznej. W Australii konieczne jest złożenie wniosku oraz oryginałów niektórych dokumentów np. zaświadczenia lekarskiego czy dowodu osobistego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt			
Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Ubezpieczeni	13 072 tys.	ZUS	Wprowadzenie e-zwolnień zniesie obowiązek dostarczania płatnikowi składek zaświadczeń lekarskich przez ubezpieczonego.
Płatnicy składek	275 tys.	ZUS	Płatnicy składek posiadający profil informacyjny będą automatycznie informowani o zwolnieniach wystawianych dla osób, za które rozliczają składki na ubezpieczenie społeczne.
Zakład Ubezpieczeń Społecznych		–	Wprowadzenie e-zwolnień poprawi efektywność obsługi ZUS ZLA przez ZUS. Wyeliminowana zostanie konieczność ręcznego wprowadzania do systemu przez pracowników ZUS danych z zaświadczeń lekarskich wydanych na formularzach papierowych, zmniejszona zostanie ilość dokumentów w obiegu.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2013 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)	
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Wszystkie koszty związane z wprowadzeniem w życie systemu elektronicznych zwolnień lekarskich zostały ujęte w uzasadnieniu i OSR do ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.</p> <p>Projektowane rozporządzenie nie generuje żadnych dodatkowych kosztów.</p>

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz							

	gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne	Ubezpieczeni	Poprawa komfortu funkcjonowania w związku ze zniesieniem konieczności dostarczania płatnikom składek zaświadczeń lekarskich.						
	Płatnicy składek	Szybsze otrzymywanie zwolnień zatrudnianych pracowników.						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Projektowane rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców, ponieważ skróci czas obiegu dokumentów.						
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:				<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
Komentarz: nie dotyczy.								
9. Wpływ na rynek pracy								
Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:			<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe			<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie		
Omówienie wpływu		Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na żaden z wymienionych wyżej obszarów.						
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego								
Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. wraz z wejściem w życie ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw.								
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?								
Nie dotyczy.								
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)								
Nie dotyczy.								

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia

**w sprawie wysokości opłaty pobieranej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych za
udzielenie informacji komornikom sądowym oraz trybu jej pobierania**

Na podstawie art. 50 ust. 10b ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Opłatę za udzielenie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „Zakładem”, komornikom sądowym informacji dotyczących danych zgromadzonych na koncie jednego ubezpieczonego lub jednego płatnika składek, zwanej dalej „informacją”, ustala się w kwocie 40,47 zł.

2. Opłatę za udzielenie komornikom sądowym informacji na wniosek złożony w formie dokumentu elektronicznego ustala się w kwocie 28 zł.

3. W przypadku złożenia przez komornika wniosku o udzielenie informacji w formie dokumentu elektronicznego, Zakład udziela informacji w formie dokumentu elektronicznego.

4. Zakład nie przesyła w formie papierowej duplikatu informacji udzielonej w formie dokumentu elektronicznego.

§ 2. 1. Kwota opłaty za udzielenie informacji, rozpoczynając od 2015 r., podlega waloryzacji w terminie od dnia 1 kwietnia każdego roku kalendarzowego średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w poprzednim roku kalendarzowym, ogłaszanym przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1623, 1650 i 1717 oraz z 2014 r. poz. 567, 598, 1146 i 1161.

2. W przypadku gdy opłata za udzielenie informacji, ustalona w sposób określony w ust. 1, przekracza 2% wysokości prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w art. 50 ust. 10a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, opłatę ustala się w kwocie odpowiadającej 2% tego wynagrodzenia.

§ 3. Opłaty za udzielenie informacji dokonuje się w formie bezgotówkowej na rachunek bankowy wskazany przez Zakład.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 stycznia 2003 r. w sprawie wysokości opłaty pobieranej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych za udzielenie informacji komornikom sądowym oraz trybu jej pobierania (Dz. U. Nr 8, poz. 95), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

UZASADNIENIE

Konieczność wydania nowego rozporządzenia w sprawie wysokości opłaty pobieranej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „ZUS”, za udzielenie informacji komornikom sądowym oraz trybu jej pobierania, wynika ze zmian wprowadzonych w art. 50 ust. 10–10b ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442, z późn. zm.).

W pierwszej kolejności istnieje konieczność zróżnicowania wysokości opłaty w zależności od formy złożenia wniosku. Proponuje się, aby w przypadku wniosku składanego w formie papierowej utrzymać wysokość opłaty na dotychczasowym poziomie, tj. aktualnie 40,47 zł.

Natomiast w przypadku złożenia przez komornika wniosku o udzielenie informacji w formie dokumentu elektronicznego, proponuje się ustalenie opłaty w wysokości 28 zł. Jednocześnie przewiduje się, że w przypadku złożenia przez komornika wniosku o udzielenie informacji w formie dokumentu elektronicznego, ZUS będzie udzielał informacji w formie dokumentu elektronicznego. Jest to zgodne z aktualną tendencją, która znalazła odzwierciedlenie m.in. w art. 39¹ § 1 Kodeksu pracy, który zakłada, że w przypadku złożenia podania w formie dokumentu elektronicznego przez elektroniczną skrzynkę podawczą, doręczenie pisma następuje za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

W przypadku wniosku, który zostanie złożony przy zastosowaniu funkcjonalności udostępnionej komornikom sądowym na Platformie Usług Elektronicznych oraz w odniesieniu do którego sposób odpowiedzi zostanie określony jako elektroniczny, możliwe jest ustalenie opłaty na niższym poziomie, ponieważ w tym przypadku nastąpi rzeczywiste obniżenie kosztów obsługi wniosku po stronie ZUS. Elektroniczna forma wniosku i udzielanej informacji wyeliminuje bowiem koszty związane z koniecznością elektronicznej wysyłki wniosku oraz wydruku i wysyłki odpowiedzi.

Analiza kosztów ponoszonych przez ZUS w zakresie obsługi wniosków komorników sądowych o udostępnienie danych, ze szczególnym uwzględnieniem elementów składowych, które można wykluczyć w przypadku elektronicznego przekazania wniosku i elektronicznego udzielenia odpowiedzi, pozwala na określenie kwoty opłaty za tego typu usługę na poziomie 28 zł. Jest to najniższa możliwa wartość, ponieważ większość kosztów ponoszonych przez ZUS w związku z obsługą wniosków komorniczych to koszty stałe, istniejące niezależnie od formy przekazania wniosku i formy udzielenia odpowiedzi.

Wśród kosztów tych znajdują się m.in.:

- koszty osobowe dla etatów realizujących usługę,
- koszty związane z dochodzeniem należności i obsługą prawną w związku z egzekwowaniem opłat od komorników,
- koszty związane z utrzymaniem i eksploatacją systemów informatycznych wspierających obsługę tego typu wniosków,
- koszty przetwarzania danych wykorzystywanych w procesie udzielania odpowiedzi.

Natomiast wprowadzenie do rozporządzenia przepisu regulującego kwestię ograniczeń w zakresie wystawiania duplikatów, ma zapobiec wystąpieniu zjawiska „pseudelektronicznego” obiegu dokumentów. Wola wyeliminowania takiego typu ryzyka wynika z dotychczasowych doświadczeń ZUS, wskazujących na stosowanie przez niektórych komorników praktyk prowadzących do uzyskania papierowej odpowiedzi mimo wyboru elektronicznej formy komunikacji. Celem wprowadzenia przedmiotowej regulacji jest również uproszczenie sposobu naliczania opłat za realizowaną przez ZUS usługę i zdjęcie z ZUS dodatkowego obciążenia, jakim byłoby naliczanie opłaty uzupełniającej w przypadku wydania papierowego duplikatu. W konsekwencji pozwoli to na usprawnienie procesu obsługi wniosków komorników sądowych i ograniczy ewentualne koszty ponoszone przez ZUS.

W celu usprawnienia procesu obsługi i poboru wpłat od komorników, proponuje się wprowadzenie obowiązku bezgotówkowej formy przekazywania wpłat na konto wskazane przez ZUS.

Jednocześnie proponuje się zrezygnować z przepisu zobowiązującego komorników do dołączania do wniosku o udzielenie informacji kopii dowodu wpłaty. Początkowo na podstawie tego przepisu udzielanie informacji następowało po dokonaniu opłaty. Przepis ten stracił jednak moc po wprowadzeniu od 2008 r. zmiany do ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o komornikach sądowych i egzekucji, która w art. 2 ust. 9 stanowi, że opłata dokonywana jest po udzieleniu informacji.

Proponuje się, aby projektowane rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Projekt rozporządzenia nie zawiera norm 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. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597), dlatego też nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z przepisami obowiązującymi w Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu</p> <p>Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wysokości opłaty pobieranej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych za udzielenie informacji komornikom sądowym oraz trybu jej pobierania.</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Marek Bucior – podsekretarz stanu w MPiPS</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Departament Ubezpieczeń Społecznych tel. 22 661 16 38</p>	<p>Data sporządzenia 05.09.2014 r.</p> <p>Źródło: upoważnienie ustawowe</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Pracy i Polityki Społecznej</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Ustawa z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...) wprowadziła również zmiany w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Zgodnie z art. 50 ust. 10b ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w brzmieniu nadanym powołaną wyżej ustawą, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego jest upoważniony do określenia, w drodze rozporządzenia, wysokości opłaty za udostępnienie komornikom sądowym danych zgromadzonych na kontach ubezpieczonych, uzależniając wysokość opłaty od formy złożenia wniosku, udostępnienia danych i wysokości ponoszonych przez ZUS kosztów związanych z udzielaniem informacji, w szczególności kosztów wyszukania informacji i sporządzenia zaświadczenia, oraz mając na względzie konieczność zapewnienia sprawnego poboru opłaty.

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie tego upoważnienia.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W rozporządzeniu proponuje się zróżnicowanie wysokości opłaty w zależności od formy złożenia wniosku. Proponuje się, aby w przypadku wniosku składanego w formie papierowej utrzymać wysokość opłaty na dotychczasowym poziomie, tj. aktualnie 40,47 zł. W przypadku złożenia wniosku o udzielenie informacji w formie dokumentu elektronicznego, proponuje się ustalenie opłaty w wysokości 28 zł. Jednocześnie przewiduje się, że w przypadku złożenia przez komornika wniosku o udzielenie informacji w formie dokumentu elektronicznego, ZUS będzie udzielał informacji w formie dokumentu elektronicznego. Jednocześnie proponuje się zrezygnować z przepisu zobowiązującego komorników do dołączania do wniosku o udzielenie informacji kopii dowodu wpłaty.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Poszczególne kraje członkowskie UE/OECD regulują kwestie wysokości opłaty i formy w jakiej składane są wnioski we własnym zakresie.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Komornicy sądowi	1200		Złożenie wniosku o udzielenie informacji w formie dokumentu elektronicznego obniży koszty uzyskania informacji o dłużniku.
ZUS			Złożenie wniosku o udostępnienie danych o ubezpieczonym w formie elektronicznej obniży koszty obsługi po stronie ZUS.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zostanie przekazany do konsultacji następującym partnerom społecznym:

- Business Centre Club – Związek Pracodawców,
- Konfederacji „Lewiatan”,
- Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej,
- Związkowi Rzemiosła Polskiego,

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz: nie dotyczy.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na żaden z wymienionych wyżej obszarów.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie dotyczy.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Nie dotyczy.		