

KOMENTARZ DO USTAWY ZASIŁKOWEJ – część II

WSTĘP	str. 3
1. Artykuł 42 – wliczanie do podstawy wymiaru różnych składników wynagrodzenia	str. 3
2. Artykuł 43 – ustalenie nowej podstawy wymiaru zasiłku.....	str. 9
3. Artykuł 44 – uchylony	str. 10
4. Artykuł 45 – najniższa podstawa wymiaru zasiłku chorobowego dla pracowników	str. 10
5. Artykuł 46 – ograniczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia	str. 12
6. Artykuł 47 – ustalanie podstawy wymiaru innych zasiłków przysługujących pracownikom	str. 13
7. Artykuł 48 – podstawa wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych niebędących pracownikami	str. 15
8. Artykuł 48a – podstawa wymiaru zasiłków dla ubezpieczonych, podlegających ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż 12 miesięcy kalendarzowych.....	str. 18
9. Artykuł 49 – ustalanie podstawy wymiaru zasiłku dla osób niebędących pracownikami w pierwszym miesiącu ubezpieczenia	str. 21
10. Artykuł 50 – uwzględnianie w podstawie wymiaru zasiłku przychodu zmniejszonego wskutek niewykonywania pracy	str. 24
11. Artykuł 51 – uchylony	str. 26
12. Artykuł 52 – zastosowanie przepisów ustawy zasiłkowej przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków dla osób niebędących pracownikami ..	str. 26
13. Artykuł 52a – ustalanie podstawy wymiaru zasiłku dla poborowych odbywających służbę zastępczą.....	str. 28

14. Artykuł 53	– dokumentowanie prawa do zasiłków	str. 28
15. Artykuł 54	– zasady wystawiania przez ZUS upoważnienia dla lekarzy do wystawiania zaświadczeń ZUS ZLA	str. 31
16. Artykuł 55	– dane zawarte w zaświadczeniu lekarskim	str. 32
17. Artykuł 55a	– profil informacyjny	str. 34
18. Artykuł 55b	– rejestr zaświadczeń lekarskich	str. 36
19. Artykuł 56	– rejestr lekarzy prowadzony przez ZUS	str. 37
20. Artykuł 57	– kody literowe umieszczane w zaświadczeniu lekarskim	str. 38
21. Artykuł 58	– profil informacyjny płatnika składek	str. 40
22. Artykuł 58a	– sprostowanie błędów w zaświadczeniach lekarskich	str. 41
23. Artykuł 59	– kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy	str. 43
24. Artykuł 59a	– dokumentowanie niezdolności do pracy oraz wystawianie i prostowanie zaświadczeń lekarskich – delegacja ustawowa	str. 47
25. Artykuł 60	– weryfikacja upoważnień do wystawiania zaświadczeń lekarskich wydanych przez ZUS	str. 47
26. Artykuł 60a	– Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych	str. 49
27. Artykuł 61	– uprawnienia do wypłaty świadczeń	str. 49
28. Artykuł 61a	– uprawnienia ZUS do przetwarzania danych	str. 52
29. Artykuł 61b	– postępowanie w sprawie przyznania i wypłaty zasiłków	str. 52
30. Artykuł 62	– obowiązek dostarczania wydruku zaświadczenia lekarskiego płatnikowi zasiłku	str. 55
31. Artykuł 63	– nadzór ZUS nad ustalaniem uprawnień do zasiłków	str. 56
32. Artykuł 64	– terminy wypłat zasiłków	str. 57
33. Artykuł 65	– osoby upoważnione do pobrania zasiłku	str. 58
34. Artykuł 66	– nienależnie pobrane zasiłki	str. 59
35. Artykuł 67	– przedawnienie roszczeń o zasiłki	str. 60
36. Artykuł 68	– uprawnienia płatników do kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy	str. 61
37. Artykuł 69	– zastosowanie przepisów ustawy do świadczenia rehabilitacyjnego	str. 63
38. Artykuł 70	– dochodzenie zwrotu wypłaconych świadczeń	str. 64
39. Artykuły 71-86 (pominięto)		str. 65
40. Wskaźniki i stawki		str. 65

WSTĘP

Prawo do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ich wysokość, zasady obliczania i wypłaty regulują przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 372), dalej ustawy zasiłkowej. W sprawie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego obowiązują ponadto przepisy:

- rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków (Dz. U. poz. 2205 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim (Dz. U. poz. 2013).

Pierwszą część komentarza do ustawy zasiłkowej opublikowaliśmy w dodatku nr 8 do UiPP nr 8/2016. Obecnie prezentujemy drugą część wyjaśnień opartych na wymienionych wyżej aktach prawnych, komentarzu ZUS do ustawy zasiłkowej (dostępnym na stronie internetowej www.zus.pl) oraz interpretacjach przepisów dokonanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

1. Artykuł 42 – wliczanie do podstawy wymiaru różnych składników wynagrodzenia

Art. 42. 1. Premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia przysługujące za okresy miesięczne wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w kwocie wypłacanej pracownikowi za miesiące kalendarzowe, z których wynagrodzenie przyjmuje się do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku.

2. Składniki wynagrodzenia, o których mowa w ust. 1, przysługujące za okresy kwartalne, wlicza się do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przyjmowanego do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwot wypłaconych pracownikowi za cztery kwartały poprzedzające miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

3. Składniki wynagrodzenia, o których mowa w ust. 1, przysługujące za okresy roczne, wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwoty wypłaconej pracownikowi za rok poprzedzający miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

4. Przepisy ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio do składników wynagrodzenia wypłacanych za inne okresy.

5. Jeżeli składniki wynagrodzenia, o których mowa w ust. 1-4, nie zostały wypłacone do czasu ostatecznego sporządzenia listy wypłat zasiłków chorobowych, do podstawy wymiaru zasiłku przyjmuje się składniki wypłacone za okres poprzedni.

W przepisie zostały określone zasady uwzględniania w podstawie wymiaru zasiłku chorobowego premii, nagród i innych składników wynagrodzenia, które w myśl postanowień układów zbiorowych pracy lub przepisów o wynagradzaniu obowiązujących w zakładzie pracy,

ulegają zmniejszeniu za dni nieobecności w pracy z powodu choroby, wypłacanych za okresy miesięczne, kwartalne, roczne i inne (np. półroczne).

Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia (przysługujące za okresy miesięczne, kwartalne, roczne lub inne), które zgodnie z przepisami o wynagradzaniu obowiązującymi w zakładzie pracy są pomniejszane w sposób:

- proporcjonalny w związku z absencją chorobową – podlegają uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku po uzupełnieniu,
- inny niż proporcjonalny do okresu pobierania zasiłku (np. kwotowo lub procentowo), podlegają uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku w kwocie faktycznej, bez uzupełnienia.

Zasady uzupełniania wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, dotyczące uzupełniania nie tylko wynagrodzenia zasadniczego, lecz także innych składników, zostały szczegółowo omówione w pierwszej części komentarza do ustawy zasiłkowej (patrz art. 37).

Przypomnijmy, że jeżeli zasady wypłaty danego składnika wynagrodzenia (nagrody, premii, dodatku itp.) określone w układach zbiorowych pracy lub przepisach o wynagradzaniu nie zawierają zapisu stanowiącego o zmniejszaniu tego składnika w związku z pobieraniem zasiłku chorobowego (lub zmniejszanie tego składnika nie wynika z zapisanych zasad jego obliczania), przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego tego składnika nie uwzględnia się.

Ponadto premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia, które w myśl przepisów wewnętrzzakładowych są pomniejszane za okres pobierania zasiłków, przysługujące:

- 1) Za okresy miesięczne** – wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w kwocie wypłaconej pracownikowi za miesiące kalendarzowe, za które wynagrodzenie przyjmuje się do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku.

Przykład

Pracownik otrzymujący wynagrodzenie w stałej miesięcznej wysokości oraz premie miesięczne, które zgodnie z regulaminem wynagradzania ulegają zmniejszeniu za okresy choroby, nabył prawo do wynagrodzenia chorobowego za okres od 5 do 20 maja 2016 r.

Podstawę wymiaru tego wynagrodzenia stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, tj. za okres od maja 2015 r. do kwietnia 2016 r. W podstawie wymiaru wynagrodzenia chorobowego należało uwzględnić premie miesięczne wypłacone za ten sam okres, tj. od maja 2015 r. do kwietnia 2016 r.

Przykład

Pracownik otrzymujący wynagrodzenie godzinowe oraz premie miesięczne nabył prawo do zasiłku chorobowego za okres od 5 do 15 maja 2016 r. Regulamin premiowania nie zawiera zapisu nakazującego zmniejszenie premii za okresy choroby (sposób jej obliczania nie wskazuje na to, aby pracownik przebywający na zwolnieniu lekarskim otrzymał niższą premię niż pozostali pracownicy).

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, tj. za okres od maja 2015 r. do kwietnia 2016 r. W podstawie wymiaru zasiłku nie należało uwzględniać premii miesięcznych.

Przykład

Pracownik zatrudniony od 4 stycznia 2016 r. nabył prawo do wynagrodzenia chorobowego za okres od 2 do 6 maja 2016 r. Pracownik otrzymuje wynagrodzenie w stałej miesięcznej wysokości oraz premie miesięczne, które w myśl obowiązujących w zakładzie pracy przepisów ulegają zmniejszeniu za dni nieobecności w pracy spowodowanej chorobą.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od lutego do kwietnia 2016 r. oraz premie wypłacone za te same miesiące.

- 2) Za okresy kwartalne** – wlicza się do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przyjmowanego do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w wysokości stanowiącej 1/12 kwot wypłaconych pracownikowi za cztery kwartały poprzedzające miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Przykład

Pracownik otrzymujący wynagrodzenie w stałej miesięcznej wysokości oraz premie kwartalne ulegające zmniejszeniu za okresy choroby nabył prawo do wynagrodzenia chorobowego za okres od 5 do 15 maja 2016 r.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od maja 2015 r. do kwietnia 2016 r. oraz 1/12 sumy kwot premii kwartalnych wypłaconych za II, III i IV kwartał 2015 r. oraz za I kwartał 2016 r.

Zasada ta ma zastosowanie również w sytuacji, gdy za niektóre z kwartałów pracownik nie otrzymał premii kwartalnej, bez względu na przyczynę jej nieotrzymania.

Przykład

Pracownik otrzymuje wynagrodzenie w stałej miesięcznej wysokości oraz premie kwartalne ulegające zmniejszeniu za okresy choroby. Z przyczyn dyscyplinarnych nie otrzymał on premii kwartalnej za I kwartał 2016 r. Pracownik chorował w okresie od 19 do 25 kwietnia 2016 r.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od kwietnia 2015 r. do marca 2016 r. oraz 1/12 sumy kwot premii kwartalnych wypłaconych za II, III i IV kwartał 2015 r. oraz za I kwartał 2016 r., pomimo że za I kwartał 2016 r. pracownik nie otrzymał premii (premia wynosiła 0 zł).

Jeżeli pracownik nie był zatrudniony u pracodawcy przez okres czterech kwartałów poprzedzających powstanie niezdolności do pracy (lub korzystał z urlopu wychowawczego albo bezpłatnego), premie kwartalne powinny być uwzględnione proporcjonalnie do liczby pełnych kalendarzowych miesięcy zatrudnienia w tych kwartałach kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy, z których premia kwartalna podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku.

Przykład

Pracownik zatrudniony od 1 lutego 2016 r. choruje od 6 do 11 czerwca 2016 r. Otrzymuje on wynagrodzenie w stałej miesięcznej wysokości oraz premie kwartalne ule-

gające zmniejszeniu za okresy nieobecności w pracy spowodowanej chorobą. Premię za I kwartał 2016 r. otrzymał w wysokości proporcjonalnej do okresu przepracowanego w tym kwartale, tj. za luty i marzec 2016 r.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od lutego do maja 2016 r. oraz 1/2 kwoty premii wypłacanej za I kwartał 2016 r.

Przykład

Pracownik zatrudniony od 11 listopada 2015 r. choruje od 7 do 11 czerwca 2016 r. Otrzymuje on wynagrodzenie w stałej miesięcznej wysokości oraz premie kwartalne pomniejszane za dni nieobecności w pracy z powodu choroby.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi:

- przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od grudnia 2015 r. do maja 2016 r. oraz
- 1/4 sumy kwot premii wypłaconych za IV kwartał 2015 r. i I kwartał 2016 r., tj. w wysokości proporcjonalnej do liczby pełnych miesięcy kalendarzowych przepracowanych przez pracownika w kwartałach kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy.

Zasadę uwzględniania premii (a także innych składników wynagrodzenia) przysługujących za okresy kwartalne, w wysokości proporcjonalnej do liczby pełnych kalendarzowych miesięcy zatrudnienia w tych kwartałach kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy, z których premia kwartalna podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, stosuje się także wówczas, gdy pracownik korzystał z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego.

Ważne: Premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia przysługujące za okresy kwartalne uwzględnia się w podstawie wymiaru zasiłku nawet wtedy, gdy w danym kwartale pracownik wykonywał pracę przez mniej niż połowę obowiązującego go w tym kwartale czasu pracy.

Przykład

Pracownik otrzymujący wynagrodzenie w stałej miesięcznej wysokości oraz premie kwartalne, które w myśl regulaminu premiowania obowiązującego w zakładzie pracy ulegają proporcjonalnemu zmniejszeniu za okresy nieobecności w pracy spowodowanej chorobą, nabył prawo do zasiłku chorobowego za okres od 2 do 14 czerwca 2016 r. Wcześniej był nieobecny w pracy z powodu choroby w okresie od 5 stycznia do 24 lutego 2016 r. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi:

- przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od czerwca 2015 r. do maja 2016 r., z wyłączeniem wynagrodzenia za styczeń i luty 2016 r., w których przepracował mniej niż połowę obowiązującego go czasu pracy oraz
- 1/12 sumy kwot premii wypłaconych za II, III i IV kwartał 2015 r. oraz za I kwartał 2016 r., z tym że kwotę premii za I kwartał 2016 r. należy przyjąć po uzupełnieniu.

3) Za okresy roczne – wlicza się do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przyjmowanego do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w wysokości stano-

wiącej 1/12 kwoty wypłaconej pracownikowi za rok poprzedzający miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Jeżeli jednak pracownik nie był zatrudniony u pracodawcy przez cały rok poprzedzający miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (albo korzystał z urlopu wychowawczego lub bezpłatnego), składniki roczne powinny być uwzględniane proporcjonalnie do liczby pełnych kalendarzowych miesięcy zatrudnienia w roku poprzedzającym powstanie niezdolności do pracy.

Przez określenie „rok poprzedzający miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy” należy rozumieć okres roczny, za który jest wypłacana nagroda, zgodnie z przepisami o wynagradzaniu obowiązującymi w zakładzie pracy. I tak, nagroda roczna może być wypłacana, np. za rok kalendarzowy (od stycznia do grudnia) lub za okres od marca danego roku do lutego następnego roku kalendarzowego.

Przykład

Pracownik chorował od 16 do 25 kwietnia 2016 r. Obok wynagrodzenia zasadniczego w stałej miesięcznej wysokości otrzymuje on nagrodę roczną, której wysokość ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do liczby dni nieobecności w pracy z powodu choroby.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres od kwietnia 2015 r. do marca 2016 r. oraz 1/12 nagrody rocznej wypłaconej za 2015 r. (rok poprzedzający kwiecień 2016 r.).

Przykład

Pracownik zatrudniony od 12 czerwca 2015 r. chorował od 9 do 14 maja 2016 r. Oprócz wynagrodzenia w stałej miesięcznej wysokości otrzymuje on również nagrodę roczną, której wysokość ulega zmniejszeniu za okresy nieobecności w pracy z powodu choroby.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od lipca 2015 r. do kwietnia 2016 r. oraz 1/6 nagrody rocznej wypłaconej za 2015 r. (tj. proporcjonalnie do liczby pełnych kalendarzowych miesięcy przepracowanych w 2015 r.).

Zasady uwzględniania składników wynagrodzenia w wysokości 1/12 kwoty wypłaconej za okres poprzedzający miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (np. 4 kwartały, rok), stosuje się odpowiednio do składników wynagrodzenia przysługujących za inne okresy, np. półroczne.

Przykład

Pracownik chorował od 4 do 9 maja 2016 r. Oprócz wynagrodzenia w stałej miesięcznej wysokości otrzymuje także nagrody półroczne, które nie są wypłacane za dni nieobecności w pracy z powodu choroby.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres od maja 2015 r. do kwietnia 2016 r. oraz 1/12 sumy kwot nagród półrocznych wypłaconych za I i II półrocze 2015 r.

Ważne: Jeżeli premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia (przysługujące za okresy miesięczne, kwartalne, roczne lub inne) nie zostały wypłacone do czasu ostatecznego sporządzenia listy wypłat zasiłków chorobowych, do podstawy wymiaru zasiłku przyjmuje się składniki wypłacone za okres poprzedni.

Wypłata tych składników wynagrodzenia po ustaleniu podstawy wymiaru zasiłków nie powoduje ponownego ustalenia (przeliczenia) tej podstawy.

Przykład

Pracownik oprócz wynagrodzenia zasadniczego otrzymuje nagrodę roczną, której wysokość ulega zmniejszeniu za okresy absencji chorobowej. Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego za okres od 3 do 16 maja 2016 r. stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od maja 2015 r. do kwietnia 2016 r. oraz 1/12 nagrody rocznej za 2015 r. Nagroda za 2015 r. przysługuje, lecz nie została wypłacona do czasu sporządzenia listy wypłat wynagrodzeń i zasiłków (tj. na dzień 31 maja 2016 r.), dlatego w podstawie wymiaru wynagrodzenia chorobowego została uwzględniona 1/12 kwoty nagrody rocznej wypłaconej za 2014 r. Wypłata nagrody za 2015 r., np. 8 czerwca 2016 r., nie spowodowała przeliczenia podstawy wymiaru wynagrodzenia chorobowego.

Przykład

Pracownik oprócz wynagrodzenia zasadniczego otrzymuje premie kwartalne, których wysokość ulega zmniejszeniu za dni nieobecności w pracy spowodowanej chorobą. W okresie od 4 do 12 czerwca 2016 r. jest niezdolny do pracy z powodu choroby. Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od czerwca 2015 r. do maja 2016 r., a także 1/12 sumy kwot premii wypłaconych za II, III i IV kwartał 2015 r. oraz za I kwartał 2016 r. Premia za I kwartał 2016 r. przysługuje, lecz nie została wypłacona do czasu sporządzenia listy wypłat wynagrodzeń i zasiłków (tj. na dzień 30 czerwca 2016 r.). W podstawie wymiaru wynagrodzenia chorobowego należy uwzględnić 1/12 sumy kwot wypłaconych premii za II, III i IV kwartał 2015 r., z tym że premię za IV kwartał 2015 r. przyjąć w podwójnej wysokości.

W przypadku, gdy premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia przysługują, lecz nie zostały wypłacone również za okresy poprzednie, podstawę wymiaru zasiłku ustala się bez tych składników, a po ich wypłaceniu podstawę wymiaru zasiłku przelicza się, uwzględniając te składniki oraz wyrównuje wysokość zasiłku. Jeśli w okresie, z którego ustala się podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, niektóre składniki wynagrodzenia (uwzględniane w podstawie wymiaru zasiłku chorobowego) zostały wypłacone zaliczkowo, do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku przyjmuje się te składniki w wysokości wypłaconej zaliczkowo. Po ich wyrównaniu podstawę wymiaru zasiłku przelicza się, uwzględniając te składniki i wyrównuje wysokość zasiłku. Jeżeli premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia nie przysługują za okresy uwzględniane w podstawie wymiaru zasiłku, podstawę tę ustala się bez tych składników.

Przykład

Pracownik nabył prawo do wynagrodzenia chorobowego za okres od 2 do 12 czerwca 2016 r. Podstawę jego wymiaru stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od czerwca 2015 r. do maja 2016 r. Oprócz wynagrodzenia zasadniczego pracownik ma prawo do rocznej nagrody z zysku. Za rok poprzedzający powstanie niezdolności do pracy, tj. za 2015 r., pracownik nie otrzymał tej nagrody, ponieważ decyzją zarządu zostało ustalone, że nagroda z zysku za 2015 r. nie zostanie wy-

placona. W podstawie wymiaru wynagrodzenia chorobowego nie należy uwzględniać składnika rocznego. W takim przypadku nie można również przyjąć nagrody z zysku wypłaconej za poprzedni okres, tj. za 2014 r.

2. Artykuł 43 – ustalenie nowej podstawy wymiaru zasiłku

Art. 43. Podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe.

Przepis ten stanowi o możliwości ustalania nowej podstawy wymiaru zasiłku tylko w przypadku, gdy przerwa między okresami pobierania zasiłku wynosi nie mniej niż 3 miesiące kalendarzowe. Ma on także zastosowanie do obliczania podstawy wymiaru wynagrodzenia chorobowego, o którym mowa w art. 92 K.p. – ustalanego według zasad obowiązujących przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Przy czym komentowany przepis nie ma zastosowania w sytuacji, gdy ma miejsce zmiana wymiaru czasu pracy. Wówczas dla zasiłku po przerwie należy ustalić nową podstawę wymiaru (także gdy przerwa trwa krócej niż 3 miesiące kalendarzowe, np. 1 dzień). Zagadnienie to szczegółowo omówiliśmy, komentując art. 40 ustawy zasiłkowej.

Przykład

Pracownik otrzymywał wynagrodzenie chorobowe w okresie od 2 stycznia do 3 lutego 2016 r. (tj. 33 dni). Podstawę wymiaru tego wynagrodzenia stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres od stycznia do grudnia 2015 r. (tj. za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy). Pracownik ponownie chorował od 30 maja do 5 czerwca 2016 r., nabywając prawo do zasiłku chorobowego.

Podstawę wymiaru zasiłku stanowiło to samo wynagrodzenie, które przyjęto do podstawy wymiaru wynagrodzenia chorobowego, ponieważ przerwa w pobieraniu świadczeń była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe (przerwa trwała 2 miesiące kalendarzowe: marzec i kwiecień 2016 r.).

Zakładając, że kolejna niezdolność do pracy z powodu choroby będzie trwała od 30 września do 15 października 2016 r. (powstanie po przerwie trwającej 2 miesiące kalendarzowe, tj. lipiec i sierpień), to podstawę wymiaru zasiłku chorobowego również będzie stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od stycznia do grudnia 2015 r.

Przykład

Pracownikowi zatrudnionemu w pełnym wymiarze czasu pracy, od 1 kwietnia 2016 r. zmniejszono wymiar czasu pracy do 1/2 etatu. Pracownik chorował w okresie od 25 marca do 30 kwietnia 2016 r. oraz od 2 do 31 maja 2016 r.

Podstawę wymiaru świadczeń chorobowych za okres od 25 marca do 30 kwietnia 2016 r. stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (tj. przed zmianą wymiaru czasu pracy). Natomiast podstawę wymiaru świadczeń chorobowych za okres od 2 do 31 maja 2016 r. stanowiło wynagrodzenie ustalone dla nowego wymiaru czasu pracy, pomimo że w niezdolności do pracy wystąpił tylko jeden dzień przerwy.

W sytuacji, gdy podstawa wymiaru poprzednio pobieranego zasiłku podlegała waloryzacji, podstawę wymiaru kolejnego zasiłku stanowi kwota przyjęta jako podstawa wymiaru poprzednio pobieranego zasiłku po waloryzacji.

Przykład

Pracownik po 182 dniach choroby otrzymywał przez 2 miesiące świadczenie rehabilitacyjne, którego podstawa wymiaru podlegała waloryzacji (pierwszy dzień świadczenia rehabilitacyjnego przypadał w II kwartale 2016 r.). Do pracy wrócił 30 maja 2016 r. i ponownie zachorował, nabywając prawo do wynagrodzenia chorobowego za okres od 1 do 30 lipca 2016 r. (niezdolność do pracy została spowodowana inną chorobą).

Ponieważ przerwa między okresami pobierania świadczeń była krótsza niż trzy miesiące kalendarzowe, podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie przyjęte do ustalenia wysokości świadczenia rehabilitacyjnego (zwaloryzowane).

Zasada omówiona wyżej nie ma zastosowania, jeżeli między poszczególnymi okresami pobierania zasiłków miała miejsce zmiana wymiaru czasu pracy.

3. Artykuł 44 – uchylony

4. Artykuł 45 – najniższa podstawa wymiaru zasiłku chorobowego dla pracowników

Art. 45. 1. Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego z tytułu pracy w pełnym wymiarze czasu pracy nie może być niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% tego wynagrodzenia, a w przypadku osób, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2015 r. poz. 2008) – od kwoty wynagrodzenia, o którym mowa w tym przepisie, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% tego wynagrodzenia.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do ubezpieczonych będących pracownikami, do których wynagrodzenia nie mają zastosowania przepisy ustawy powołanej w ust. 1.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego z tytułu pracy w pełnym wymiarze czasu pracy (jak informuje ZUS w komentarzu do ustawy zasiłkowej – wraz ze składnikami, do których pracownik zachowuje prawo w okresie pobierania zasiłku) nie może być niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% tego wynagrodzenia. W przypadku pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy kwota ta ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy.

Zgodnie z przepisami ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, od 1 stycznia 2016 r. minimalne wynagrodzenie pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy wynosi 1.850 zł. Z tym że minimalne wynagrodzenie pracownika w okresie pierwszego roku pracy nie może być niższe niż 80% wysokości minimalnego wynagrodzenia, tj. kwoty 1.480 zł.

Ważne: Do okresów pracy wlicza się wszystkie okresy, za które była opłacana składka na ubezpieczenie społeczne lub zaopatrzenie emerytalne, z wyłączeniem okresów zatrudnienia na podstawie umowy o pracę w celu przygotowania zawodowego.

Przy ustalaniu okresów, za które była opłacana składka na ubezpieczenie społeczne należy uwzględniać okresy:

- podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, nawet jeżeli należne składki z tego tytułu nie zostały opłacone,
- pobierania zasiłków z ubezpieczenia społecznego przysługujących w czasie trwania ubezpieczenia,
- urlopu wychowawczego,
- odbywania zasadniczej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego,
- pobierania zasiłku macierzyńskiego oraz zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego.

Natomiast przy ustalaniu okresów, od których zależy wysokość minimalnego wynagrodzenia w pierwszym roku pracy, nie zalicza się okresów przerw w ubezpieczeniu, za które składki nie są opłacane, np. okresów urlopu bezpłatnego, okresów pobierania zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego.

Jeżeli pracownik jest zatrudniony w niepełnym miesięcznym wymiarze czasu pracy, wysokość minimalnego wynagrodzenia ustala się w kwocie proporcjonalnej do liczby godzin pracy przypadającej do przepracowania przez pracownika w danym miesiącu, biorąc za podstawę wysokość minimalnego wynagrodzenia ustalonego na podstawie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Zatem od 1 stycznia 2016 r. podstawa wymiaru zasiłku chorobowego z tytułu pracy w pełnym wymiarze czasu pracy nie może być niższa od kwoty:

- 1.277,09 zł (1.480 zł pomniejszone o 13,71%) dla pracowników w pierwszym roku pracy,
- 1.596,36 zł (1.850 zł pomniejszone o 13,71%) dla pracowników w drugim i w każdym następnym roku pracy.

Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczonych będących pracownikami, do których wynagrodzenia nie mają zastosowania przepisy ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (np. do pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w celu przygotowania zawodowego).

W sytuacji, gdy pracownik oprócz wynagrodzenia zasadniczego otrzymuje składniki wynagrodzenia nieuwzględniane w podstawie wymiaru zasiłku (np. do których zachowuje prawo w okresie pobierania zasiłku), to podstawa wymiaru zasiłku ustalona wraz z tym składnikiem nie może być niższa od kwoty minimalnej podstawy wymiaru zasiłku.

Jeżeli podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowiła kwota minimalnego wynagrodzenia (lub kwota nieznacznie przekraczająca kwotę minimalnego wynagrodzenia) i w czasie trwania niezdolności do pracy z powodu choroby kwota minimalnego wynagrodzenia pracowników ulegnie zmianie, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego należy podnieść do aktualnej kwoty minimalnego wynagrodzenia (pomniejszonej o kwotę odpowiadającą 13,71% tego wynagrodzenia).

Przykład

Pracownik zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy od 2 stycznia 2015 r., otrzymuje wynagrodzenie na poziomie płacy minimalnej. W okresie od 29 listopada 2015 r. do 15 stycznia 2016 r. (48 dni) był niezdolny do pracy z powodu choroby.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od stycznia do października 2015 r. w wysokości 1.510,07 zł, tj. $(1.510,07 \text{ zł} \times 10 \text{ m-cy}) : 10 \text{ m-cy}$.

Ponieważ kwota ta była równa najniższej podstawie wymiaru obowiązującej w 2015 r., wysokość wynagrodzenia chorobowego przysługującego pracownikowi za okres od 29 listopada do 31 grudnia 2015 r. (33 dni) obliczono od kwoty faktycznej podstawy wymiaru. Świadczenia chorobowe za 33 dni choroby wyniosły **1.328,91 zł**, według wyliczenia: $1.510,07 \text{ zł} \times 80\% : 30 = 40,27 \text{ zł}$ (stawka dzienna); $40,27 \text{ zł} \times 33 \text{ dni} = 1.328,91 \text{ zł}$.

Począwszy od 1 stycznia 2016 r. faktyczna podstawa wymiaru świadczenia otrzymywanego przez pracownika była niższa od kwoty najniższej ($1.510,07 \text{ zł} < 1.596,36 \text{ zł}$), zatem została podwyższona do kwoty 1.596,36 zł. Za 15 dni stycznia 2016 r. pracownik otrzymał wynagrodzenie chorobowe w wysokości **638,55 zł**, według wyliczenia: $1.596,36 \text{ zł} \times 80\% : 30 = 42,57 \text{ zł}$ (stawka dzienna); $42,57 \text{ zł} \times 15 \text{ dni} = 638,55 \text{ zł}$.

5. Artykuł 46 – ograniczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia

Art. 46. Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwotę tę ustala się miesięcznie, poczynając od 3. miesiąca kwartału kalendarzowego, na okres 3 miesięcy, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłaszanego dla celów emerytalnych.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego (zatrudnienia) nie podlega ograniczeniu. Ograniczeniu podlega podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, która nie może być wyższa niż 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwotę tę ustala się miesięcznie, poczynając od 3. miesiąca kwartału kalendarzowego, na okres 3 miesięcy, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłaszanego dla celów emerytalnych. Kwota 100% przeciętnego wynagrodzenia nie jest pomniejszana o 13,71%.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa niż:

- **4.066,95 zł** w okresie od 1 marca (III miesiąc kwartału) do 31 maja 2016 r.
- 100% przeciętnego wynagrodzenia z IV kwartału 2015 r.
- **4.181,49 zł** w okresie od 1 czerwca (III miesiąc kwartału) do 31 sierpnia 2016 r.
- 100% przeciętnego wynagrodzenia z I kwartału 2016 r.

Przykład

Pracownik choruje od 14 kwietnia do 30 czerwca 2016 r. Podstawę wymiaru świadczenia za czas choroby stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres od kwietnia 2015 r. do marca 2016 r. w wysokości 5.608,85 zł. Z dniem 30 kwietnia 2016 r. z pracownikiem rozwiązano umowę o pracę, zatem zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, czyli od 1 maja 2016 r., wypłaca ZUS.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego wypłacanego przez ZUS została ograniczona i wynosi:

- 4.066,95 zł za okres od 1 do 31 maja 2016 r.
- 4.181,49 zł za okres od 1 do 30 czerwca 2016 r.

Zakładając, że niezdolność do pracy będzie trwała nieprzerwanie nadal (do wyczerpania okresu zasiłkowego, co nastąpi 12 października 2016 r.), to kolejna zmiana wysokości podstawy wymiaru będzie miała miejsce począwszy od 1 września 2016 r. – do 100% przeciętnego wynagrodzenia z II kwartału 2016 r.

6. Artykuł 47 – ustalanie podstawy wymiaru innych zasiłków przysługujących pracownikom

Art. 47. Przepisy art. 36-42 i art. 45 stosuje się odpowiednio przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wyrównawczego, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego, a do świadczenia rehabilitacyjnego także art. 46.

Przepis ten nakazuje stosowanie wymienionych artykułów ustawy zasiłkowej, określających zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, także przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wyrównawczego, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego.

Podstawę wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wyrównawczego, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego oraz zasiłku opiekuńczego przysługujących pracownikom stanowi:

- przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy,
- przeciętne miesięczne wynagrodzenie za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, w przypadku gdy prawo do zasiłku powstało przed upływem okresu 12 miesięcy kalendarzowych zatrudnienia,
- jedna trzydziesta część wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku za jeden dzień niezdolności do pracy (lub za jeden dzień urlopu macierzyńskiego).

Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków uwzględnia się wynagrodzenie uzyskane w okresie ubezpieczenia chorobowego, z tytułu którego przysługuje prawo do tych zasiłków.

Jeżeli prawo do ww. zasiłków powstało przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę ich wymiaru stanowi wynagrodzenie, które pracownik osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy. Wynagrodzenie to ustala się poprzez:

- przyjęcie wynagrodzenia miesięcznego określonego w umowie o pracę lub w innym akcie, na podstawie którego powstał stosunek pracy, jeżeli wynagrodzenie przysługuje w stałej miesięcznej wysokości,
- podzielenie wynagrodzenia osiągniętego za przepracowane dni robocze przez liczbę dni przepracowanych i pomnożenie przez liczbę dni, które pracownik był obowiązany przepracować w tym miesiącu, jeżeli przepracował choćby 1 dzień,
- przyjęcie kwoty zmiennych składników wynagrodzenia w przeciętnej miesięcznej wysokości wypłaconej za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, pracownikom zatrudnionym na takim samym lub podobnym stanowisku pracy u pracodawcy, u którego przysługuje zasiłek, jeżeli pracownik nie osiągnął żadnego wynagrodzenia.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie stanowiące podstawę wymiaru ww. zasiłków ustala się przez podzielenie wynagrodzenia osiągniętego przez pracownika za okres 12 miesięcy kalendarzowych (albo za faktyczne miesiące ubezpieczenia), przez liczbę miesięcy, w których wynagrodzenie to zostało osiągnięte. Jeżeli w okresie, za który wynagrodzenie

uwzględnia się przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków, pracownik nie osiągnął wynagrodzenia wskutek nieobecności w pracy z przyczyn usprawiedliwionych, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku:

- wyłącza się wynagrodzenie za miesiące, w których przepracował mniej niż połowę obowiązującego go czasu pracy,
- przyjmuje się, po uzupełnieniu według zasad określonych w art. 37 ust. 2 ustawy zasiłkowej, wynagrodzenie z miesięcy, w których pracownik przepracował co najmniej połowę obowiązującego go czasu pracy,
- przyjmuje się wynagrodzenie za wszystkie miesiące po uzupełnieniu, według zasad określonych w art. 37 ust. 2 ustawy zasiłkowej, jeżeli w okresie, o którym mowa, pracownik w każdym miesiącu z przyczyn usprawiedliwionych wykonywał pracę przez mniej niż połowę obowiązującego go czasu pracy.

Przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego wypłacany zasiłek wyrównawczy traktuje się na równi z wynagrodzeniem.

W razie zmiany umowy o pracę lub innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek pracy, polegającej na zmianie wymiaru czasu pracy, podstawę wymiaru zasiłków stanowi wynagrodzenie ustalone dla nowego wymiaru czasu pracy, jeżeli zmiana ta nastąpiła w miesiącu, w którym powstało prawo do zasiłku lub w okresie, za który wynagrodzenie przyjmuje się do ustalenia podstawy wymiaru zasiłków.

Przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wyrównawczego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego stosuje się także zasady uwzględniania (lub nieuwzględniania) w tej podstawie premii, dodatków, nagród i innych składników wynagrodzenia.

Zatem przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków:

- nie uwzględnia się składników wynagrodzenia, do których pracownik zachowuje prawo w okresie pobierania tego zasiłku zgodnie z postanowieniami układów zbiorowych pracy lub przepisami o wynagradzaniu, jeżeli są one wypłacane za okres pobierania tego zasiłku,
- składników wynagrodzenia przysługujących w myśl umowy o pracę lub innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek pracy, tylko do określonego terminu, nie uwzględnia się przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków należnych za okres po tym terminie,
- składników wynagrodzenia, których wypłaty zaprzestano na podstawie układu zbiorowego pracy lub przepisów o wynagradzaniu, nie uwzględnia się przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków należnych za okres po terminie, do którego składniki te przysługiwały; zasady tej nie stosuje się, jeżeli składnik wynagrodzenia zostanie włączony w całości lub w części do innego (np. dodatek stażowy zostanie włączony do wynagrodzenia zasadniczego) lub zamieniony na inny składnik wynagrodzenia (np. premia miesięczna zostanie zamieniona na premię kwartalną).

Przepis art. 47 decyduje także o wliczaniu do podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wyrównawczego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego premii, nagród i innych składników wynagrodzenia w odpowiednich proporcjach. Zgodnie z tym przepisem:

- premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia przysługujące za okresy miesięczne wlicza się do podstawy wymiaru ww. zasiłków w kwocie wypłaconej pracownikowi za miesiące kalendarzowe, z których wynagrodzenie przyjmuje się do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku,

- premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia przysługujące za okresy kwartalne wlicza się do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przyjmowanego do ustalenia podstawy wymiaru zasiłków w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwot wypłaconych pracownikowi za cztery kwartały poprzedzające miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku,
- premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia przysługujące za okresy roczne wlicza się do podstawy wymiaru zasiłków w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwoty wypłaconej pracownikowi za rok poprzedzający miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku.

Zasady, o których mowa, stosuje się odpowiednio do składników wynagrodzenia wypłacanych za inne okresy.

Jeżeli premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia nie zostały wypłacone do czasu ostatecznego sporządzenia listy wypłat zasiłków, do podstawy wymiaru zasiłku przyjmuje się składniki wypłacone za okres poprzedni.

W razie ponownego powstania prawa do zasiłku (zarówno tego samego rodzaju, jak też innego rodzaju), podstawę wymiaru zasiłku oblicza się na nowo, jeżeli przerwa między okresami jego pobierania trwała co najmniej 3 miesiące kalendarzowe.

Przykład

Pracownica chorowała w okresie od 24 do 28 lutego 2016 r. (5 dni). Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od lutego 2015 r. do stycznia 2016 r. Następnie pracownica nabyła prawo do zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania osobistej opieki nad chorym dzieckiem w okresie od 1 do 4 czerwca 2016 r. (4 dni). Ponieważ przerwa między okresami pobierania wynagrodzenia chorobowego i zasiłku opiekuńczego trwała 3 miesiące kalendarzowe, tj. marzec, kwiecień i maj, podstawę wymiaru zasiłku opiekuńczego ustalono ponownie. Stanowi ją przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od czerwca 2015 r. do maja 2016 r. (wynagrodzenie za luty 2016 r. przyjęto po uzupełnieniu).

Podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego podlega ograniczeniu do 100% przeciętnego wynagrodzenia. Natomiast podstawa wymiaru zasiłku macierzyńskiego przysługującego za okres po ustaniu ubezpieczenia chorobowego nie podlega temu ograniczeniu (art. 46 ustawy zasiłkowej nie stosuje się do zasiłku macierzyńskiego). Nie ogranicza się także podstawy wymiaru zasiłku opiekuńczego, bowiem zasiłek ten nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego.

7. Artykuł 48 – podstawa wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych niebędących pracownikami

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.

W przepisie tym określono ogólne zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla osób niebędących pracownikami, niezależnie od tego, czy podlegają ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo, czy też na zasadzie dobrowolności. Przypominamy, że oprócz pracowników, obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych. Dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, na swój wniosek, podlegają osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, tj.:

- wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia oraz osoby z nimi współpracujące,
- prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące w rozumieniu przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (opłacające składki na ubezpieczenie chorobowe nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy),
- wykonujące pracę nakładczą,
- duchowni,
- wykonujące odpłatnie pracę, na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonych niebędących pracownikami stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Za przychód, zgodnie z art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej, należy rozumieć kwotę stanowiącą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

Przykład

Osoba prowadząca pozarolniczą działalność od 1 kwietnia 2015 r., podlegająca z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym (w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu), nabyła prawo do zasiłku chorobowego za okres od 4 do 10 czerwca 2016 r. (7 dni). Podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętna podstawa wymiaru składek za okres od czerwca 2015 r. do maja 2016 r. Jako kwotę stanowiącą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne osoba ta deklarowała kwotę wyższą niż minimalna podstawa wymiaru obowiązująca w tym okresie, tj. 5.000 zł.

Przeciętna miesięczna podstawa wymiaru składek, po pomniejszeniu o kwotę odpowiadającą 13,71%, stanowiąca podstawę wymiaru zasiłku chorobowego wyniosła 4.314,50 zł (5.000 zł – 685,50 zł) x 12 m-cy = 51.774 zł; 51.774 zł : 12 m-cy = 4.314,50 zł.

*Ubezpieczona za 7 dni czerwca 2016 r. otrzyma zasiłek chorobowy w wysokości **805,35 zł**, zgodnie z wyliczeniem:*

$$4.314,50 \text{ zł} \times 80\% : 30 = 115,05 \text{ zł (stawka dzienna)},$$
$$115,05 \text{ zł} \times 7 \text{ dni} = 805,35 \text{ zł}.$$

Przy obliczaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonych niebędących pracownikami, stosuje się odpowiednio niektóre przepisy dotyczące pracowników, w zakresie:

- 1) Ustalania podstawy wymiaru zasiłku za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem 12 miesięcy ubezpieczenia (nie

dotyczy osób dla których podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota – art. 48a ustawy zasiłkowej),

Przykład

Osoba wykonująca umowę zlecenia od 12 lutego 2016 r. (podlegająca z tego tytułu do dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu) chorowała od 22 do 29 maja 2016 r. (8 dni). Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowił przeciętny miesięczny przychód za okres od marca do kwietnia 2016 r.

- 2) Wpłaty jednej trzydziestej części przychodu stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku za jeden dzień niezdolności do pracy.

Z uwagi na brak odrębnych uregulowań prawnych w sprawie zaokrąglania stawki dziennej zasiłku chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za jeden dzień niezdolności do pracy zaokrągla się zgodnie z obowiązującymi w Polsce nominatami pieniężnymi, wśród których najniższym jest jeden grosz. Zatem przy ustalaniu stawki dziennej zasiłku chorobowego należy kierować się zasadą matematyczną i powstałą w wyniku wyliczenia kwotę zasiłku zaokrąglić w górę – jeśli końcówka jest równa lub wyższa od 0,50 gr lub w dół – jeżeli końcówka jest niższa od 0,50 gr.

- 3) Uwzględniania w podstawie wymiaru zasiłku chorobowego przychodu uzyskanego w okresie ubezpieczenia chorobowego, z tytułu którego przysługuje zasiłek (patrz komentarz do art. 36 ust. 3-4 ustawy zasiłkowej).

Przykład

Ubezpieczony wykonujący pracę na podstawie umowy zlecenia zawartej od 1 kwietnia 2016 r. podlega z tego tytułu obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Wcześniej, do 31 marca 2016 r., przez okres 2 lat był zatrudniony na podstawie umowy o pracę. W okresie od 2 do 30 maja 2016 r. (29 dni) był niezdolny do pracy z powodu choroby, nabywając prawo do zasiłku chorobowego. Do obliczenia podstawy jego wymiaru zostanie przyjęty przychód za kwiecień 2016 r.

- 4) Ustalania przeciętnego miesięcznego przychodu stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego poprzez podzielenie przychodu osiągniętego przez ubezpieczonego za okres 12 miesięcy kalendarzowych (lub za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia) przez liczbę miesięcy, w których przychód ten został osiągnięty (patrz komentarz do art. 38 ust. 1 ustawy zasiłkowej).

- 5) Uwzględniania premii, nagród i innych składników wynagrodzenia:

- przysługujących za okresy miesięczne – w kwocie wypłaconej za miesiące kalendarzowe, z których wynagrodzenie przyjmuje się do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku,
- przysługujących za okresy kwartalne – w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwot wypłaconych za cztery kwartały poprzedzające miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy,
- przysługujących za okresy roczne – w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwoty wypłaconej za rok poprzedzający miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

- 6) Uwzględniania premii, nagród i innych składników wynagrodzenia wypłaconych za okres poprzedni – jeżeli składniki wynagrodzenia, o których mowa, nie zostały

wypłacone do czasu ostatecznego sporządzenia listy wypłat zasiłków chorobowych (patrz komentarz do art. 42 ustawy zasiłkowej).

- 7) Ustalania nowej podstawy wymiaru zasiłku zarówno tego samego, jak i innego rodzaju w przypadku, gdy przerwa między okresami pobierania zasiłku trwała co najmniej 3 miesiące kalendarzowe (patrz komentarz do art. 43 ustawy zasiłkowej).
- 8) Ograniczenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego do kwoty nieprzekraczającej 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwotę tę ustala się miesięcznie, poczynając od 3. miesiąca kwartału kalendarzowego na okres 3 miesięcy, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłaszanego dla celów emerytalnych (patrz komentarz do art. 46 ustawy zasiłkowej).
- 9) Waloryzacji podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjętej do obliczenia świadczenia rehabilitacyjnego.

Zwracamy uwagę! Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków dla osób niebędących pracownikami nie ma zastosowania przepis art. 41 ustawy zasiłkowej. W związku z tym premie, nagrody i inne składniki przychodu wlicza się do podstawy wymiaru zasiłków dla tej grupy ubezpieczonych bez względu na to, czy są one zmniejszane za okres pobierania zasiłku, czy też nie.

8. Artykuł 48a – podstawa wymiaru zasiłków dla ubezpieczonych, podlegających ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż 12 miesięcy kalendarzowych

Art. 48a. 1. W przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota, 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 kalendarzowe 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 skła-

dek 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.

4. Jeżeli przerwa w ubezpieczeniu chorobowym, o której mowa w ust. 2, nie jest związana z ustaniem tytułu do ubezpieczeń społecznych, a związana jest jedynie z nieopłaceniem składki na ubezpieczenie chorobowe bądź z opóźnieniem w jej opłaceniu, w podstawie wymiaru zasiłku uwzględnia się również przeciętny miesięczny przychód za miesiące przed przerwą.

5. Jeżeli ubezpieczony przez cały okres wykonywania pozarolniczej działalności deklaruje podstawę wymiaru składek w kwocie nie niższej niż określona w art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, za najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, o której mowa w ust. 1, uważa się kwotę określoną w art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Przepis art. 48a, obowiązujący od 1 stycznia 2016 r., dotyczy ubezpieczonych, dla których podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota (tj. przedsiębiorców), podlegających ubezpieczeniu chorobowemu przez okres dłuższy niż miesiąc kalendarzowy, ale krótszy niż 12 miesięcy kalendarzowych. Przypomnijmy, że przedsiębiorca, który stanie się niezdolny do pracy z powodu choroby, nabędzie prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Nie ma więc znaczenia fakt jak długo jest prowadzona działalność gospodarcza, ale przez jaki okres przedsiębiorca podlega ubezpieczeniu chorobowemu.

Ważne: Pełnym miesiącem kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego jest miesiąc, w którym ubezpieczenie rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca. Jeśli przed datą objęcia ubezpieczeniem przypada sobota lub dzień ustawowo wolny od pracy, to miesiąc taki jest traktowany (inaczej niż u pracowników) jako niepełny kalendarzowy miesiąc ubezpieczenia.

Jeśli więc ubezpieczony nabędzie prawo do zasiłku przed upływem 12 miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia chorobowego, to podstawę wymiaru tego zasiłku stanowi suma:

- przeciętnej miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu 13,71%, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku oraz
- 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 odliczeniu 13,71%, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz liczby tych miesięcy.

W sytuacji, gdy przez cały okres wykonywania pozarolniczej działalności ubezpieczony deklaruje podstawę wymiaru składek w kwocie nie niższej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, to za najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, o której mowa, uważa się kwotę 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego.

Przykład

Osoba fizyczna prowadzi działalność gospodarczą od 1 lutego 2016 r. i od tego dnia podlega ubezpieczeniom społecznym, w tym chorobowemu. Składki na przedmiotowe ubezpieczenia opłaca na preferencyjnych warunkach, tj. od 30% minimalnego wynagrodzenia. W okresie od 1 do 15 czerwca 2016 r. stał się niezdolny do pracy z powodu choroby. Do obliczenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego zostanie przyjęta suma:

- przeciętnej najniższej podstawy wymiaru składki, po odliczeniu 13,71%, za okres od lutego do maja 2016 r. (za 3 m-ce ubezpieczenia),
- 1/12 przeciętnej kwoty podstawy wymiaru składki w części przewyższającej najniższą podstawę (tu 30% minimalnego wynagrodzenia), po odliczeniu 13,71%, za te same 3 miesiące i pomnożonej przez ich liczbę (3).

Przykład

Osoba fizyczna prowadzi działalność gospodarczą od listopada 2015 r. Od tego dnia podlega ubezpieczeniom społecznym, z tym że do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przystąpiła od 1 lutego 2016 r. Do końca stycznia 2016 r. opłacała składki na preferencyjnych warunkach, a od lutego 2016 r. zadeklarowała jako podstawę wymiaru składek na przedmiotowe ubezpieczenia kwotę 5.000 zł. Najniższa podstawa wymiaru składek obowiązująca tę osobę wynosi 30% minimalnego wynagrodzenia, czyli w 2016 r. – 555 zł (po odliczeniu 13,71% – 478,91 zł).

W czerwcu 2016 r. ubezpieczony nabył prawo do zasiłku chorobowego. Podstawę jego wymiaru stanowi kwota **1.437,80 zł**, według wyliczenia:

- przeciętna najniższa podstawa wymiaru składek: $(478,91 \text{ zł} \times 3 \text{ m-ce}) : 3 \text{ m-ce} = 478,91 \text{ zł}$,
- 1/12 przeciętnej kwoty przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek: $5.000 \text{ zł} - 555 \text{ zł} = 4.445 \text{ zł}$; $[(4.445 \text{ zł} - 609,41 \text{ zł}) \times 3 \text{ m-ce}] : 3 \text{ m-ce} = 3.835,59 \text{ zł}$; $3.835,59 \text{ zł} : 12 = 319,63 \text{ zł}$,
- kwota stanowiąca podstawę wymiaru zasiłku: $478,91 \text{ zł} + (319,63 \text{ zł} \times 3) = 1.437,80 \text{ zł}$.

Za każdy dzień choroby ubezpieczony otrzyma zasiłek chorobowy w kwocie **38,34 zł**, tj. $1.437,80 \text{ zł} \times 80\% : 30$.

Jeżeli okres ubezpieczenia chorobowego przedsiębiorcy rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia uwzględnia się również pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu. Łącznie liczba pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia (z obydwu tytułów) nie może przekraczać 12. W takim przypadku 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 za okres pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia z aktualnego tytułu.

Jeśli jednak przerwa w ubezpieczeniu chorobowym nie jest związana z ustaniem tytułu do ubezpieczeń społecznych, a związana jest z nieopłaceniem składki na ubezpieczenie chorobowe bądź z opóźnieniem w jej opłaceniu (co spowodowała wyłączenie przedsiębior-

cy z ubezpieczenia chorobowego), to w podstawie wymiaru zasiłku uwzględnia się również przeciętny miesięczny przychód za miesiąc przed tą przerwą.

Ważne: Wysokość zasiłków, do których prawo powstało przed 1 stycznia 2016 r., ustala się według zasad obowiązujących przed tą datą.

Także wówczas, gdy ubezpieczony pobierał zasiłek, do którego nabył prawo przed 1 stycznia 2016 r., a po 31 grudnia 2015 r. powstało prawo do nowego zasiłku (tego samego lub innego rodzaju zasiłku chorobowego np. po zasiłku macierzyńskim), a przerwa pomiędzy okresami pobierania zasiłków nie przekroczyła 3 miesięcy kalendarzowych.

9. Artykuł 49 – ustalanie podstawy wymiaru zasiłku dla osób niebędących pracownikami w pierwszym miesiącu ubezpieczenia

Art. 49. 1. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi:

- 1) najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 – dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek;
- 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;
- 3) przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku – dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych;
- 4) przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku – dla osób wykonujących pracę nakładczą.

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.

3. W przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota, 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. 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 ka-

- lendarzowy 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.**

Przepis ten określa zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonych niebędących pracownikami w sytuacji, gdy niezdolność do pracy z powodu choroby powstanie przed upływem pełnego kalendarzowego miesiąca ubezpieczenia chorobowego (posiadających oczywiście wymagany okres wyczekiwania na prawo do zasiłku chorobowego).

- 1) Podstawę wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek stanowi najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, określona dla danej grupy ubezpieczonych, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne (w tym ubezpieczenie chorobowe) została określona zgodnie z art. 18 ust. 7 i 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.
- 2) Podstawę wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, w której odpłatność określono kwotowo, w kwotowej stawce godzinowej lub akordowo albo prowizyjnie stanowi kwota przychodu określona w umowie, przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, 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.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla ww. osób, dla których odpłatność za wykonywanie umowy określono kwotowo, stanowi kwota przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych określona w umowie, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. W sytuacji, gdy w umowie agencyjnej, umowie zlecenia lub innej umowie o świadczenie usług odpłatność za wykonywanie umowy określono w kwotowej stawce godzinowej albo prowizyjnie, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla osób wykonujących pracę na podstawie ww. umów stanowi kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy z miesiąca, w którym powstało prawo do zasiłku. Kwotę tę pomniejsza się o kwotę odpowiadającą 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Jeżeli ubezpieczony, o którym mowa wyżej, nabył prawo do zasiłku chorobowego w pierwszym miesiącu ubezpieczenia, a u płatnika składek nie ma innych ubezpieczonych, których przeciętny miesięczny przychód można przyjąć do podstawy wymiaru zasiłku, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód faktycznie osiągnięty przez ubezpieczonego (po pomniejszeniu o 13,71%). Natomiast gdy ubezpieczenie rozpoczęło się w trakcie miesiąca, a niezdolność do pracy z powodu choroby powstała w miesiącu następnym, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód za pierwszy niepełny miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia (bez uzupełnienia), również pomniejszony o kwotę stanowiącą 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

- 3) Podstawę wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych stanowi przeciętny miesięczny

przychód innych członków spółdzielni po pomniejszeniu o 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Jak informuje ZUS w komentarzu do ustawy zasiłkowej, jeżeli prawo do zasiłku chorobowego powstanie w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku.

- 4) Podstawę wymiaru zasiłku dla osób wykonujących pracę nakładczą stanowi przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek po pomniejszeniu o 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. W komentarzu do ustawy zasiłkowej ZUS poinformował, że jeżeli prawo do zasiłku chorobowego powstanie w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku.

Przykład

*Ubezpieczony wykonujący pracę nakładczą od 2 czerwca 2016 r. jest niezdolny do pracy z powodu choroby od 9 do 27 czerwca 2016 r. (19 dni), nabywając z tego tytułu prawo do zasiłku chorobowego (posiada nieprzerwany 90-dniowy okres ubezpieczenia chorobowego). Na rzecz danego płatnika składek pracę nakładczą wykonują jeszcze 4 osoby. Przeciętny miesięczny przychód za czerwiec 2016 r. (pomniejszony o kwotę składek na ubezpieczenia społeczne potrąconych przez płatnika składek), osiągnięty przez 4 osoby wykonujące pracę nakładczą, wyniósł 1.639,51 zł. Ubezpieczony za 19 dni czerwca 2016 r. otrzymał zasiłek chorobowy w kwocie **830,68 zł**, zgodnie z wyliczeniem:*

$$1.639,51 \text{ zł} \times 80\% : 30 = 43,72 \text{ zł (stawka dzienna),}$$

$$43,72 \text{ zł} \times 19 \text{ dni} = 830,68 \text{ zł.}$$

Jeżeli niezdolność do pracy ubezpieczonego niebędącego pracownikiem powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego oraz okres tego ubezpieczenia rozpoczął się po okresie nie dłuższym niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przychód ubezpieczonego podlega uzupełnieniu. W takim przypadku przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku przyjmuje się przychód za miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, po uzupełnieniu do pełnej miesięcznej kwoty, od której zostałyby opłacona składka na ubezpieczenie chorobowe, gdyby ubezpieczony podlegał temu ubezpieczeniu przez pełny miesiąc kalendarzowy.

Przychód podlega uzupełnieniu także za dni niezdolności do pracy, za który ubezpieczonemu przysługuje zasiłek, przypadającej w miesiącu kalendarzowym, w którym powstała niezdolność do pracy. Kwota uzupełnionego przychodu nie może przekraczać 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, po pomniejszeniu o kwotę odpowiadającą 13,71%.

Jeżeli niezdolność do pracy prowadzącego działalność gospodarczą 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. W świetle powyższego podstawę wymiaru zasiłku stanowi suma:

- miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniu 13,71%, oraz

- kwoty stanowiącej iloczyn jednej dwunastej kwoty zadeklarowanej, 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 odliczeniu 13,71%, oraz liczby pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, uwzględniając w tej liczbie także miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy.

Z przepisu tego wynika, że gdy okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia uwzględnia się również pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu. Oznacza to, że do tzw. „stażu ubezpieczeniowego” należy zaliczyć okres opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe z poprzedniego tytułu ubezpieczenia.

Przykład

Osoba prowadząca działalność gospodarczą, będąca jednocześnie zleceniobiorcą, do końca lutego 2016 r. podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym chorobowemu, z tytułu umowy zlecenia. Z działalności obowiązkowa była składka zdrowotna. Od 1 marca 2016 r. po rozwiązaniu umowy zlecenia podlega ona obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z działalności, a ponadto przystąpiła z tego tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ponieważ zgłoszenie ZUS ZUA złożyła 21 marca 2016 r., od tej daty ZUS objął ją ubezpieczeniem chorobowym. Jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, w tym chorobowe, za marzec 2016 r. przedsiębiorca zadeklarował kwotę 6.000 zł. Najniższa podstawa wymiaru składek obowiązująca tę osobę wynosi 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, czyli w 2016 r. – 2.433 zł. Osoba ta choruje nieprzerwanie od stycznia 2016 r.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego od 21 marca 2016 r. stanowiła kwota 8.024,92 zł, według wyliczenia:

- miesięczna najniższa podstawa wymiaru składek: $2.433 \text{ zł} - 333,56 \text{ zł} = 2.099,44 \text{ zł}$,
- $1/12$ kwoty zadeklarowanej, 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: $(6.000 \text{ zł} - 822,60 \text{ zł}) : 20 \times 31 = 8.024,97 \text{ zł}$; $8.024,97 \text{ zł} - 2.099,44 \text{ zł} = 5.925,53 \text{ zł}$; $5.925,53 \text{ zł} : 12 = 493,79 \text{ zł}$,
- kwota stanowiąca podstawę wymiaru zasiłku: $2.099,44 \text{ zł} + (493,79 \text{ zł} \times 12) = 8.024,92 \text{ zł}$.

Stawka dzienna zasiłku chorobowego wyniosła 214 zł, tj. $8.024,92 \text{ zł} \times 80\% : 30$.

10. Artykuł 50 – uwzględnianie w podstawie wymiaru zasiłku przychodu zmniejszonego wskutek niewykonywania pracy

Art. 50. 1. 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, świadczenia rehabilitacyjnego albo odbywania ćwiczeń wojskowych, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:

- 1) wyłącza się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez mniej niż połowę miesiąca,

2) przyjmuje się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez co najmniej połowę miesiąca.

2. Jeżeli w okresie, o którym mowa w ust. 1, przychód ubezpieczonego w każdym miesiącu uległ zmniejszeniu z przyczyn wymienionych w ust. 1, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przychód za wszystkie miesiące.

Przepis określa zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla osób niebędących pracownikami, jeżeli w okresie, za który przychód uwzględnia się w podstawie wymiaru zasiłku, osoby te wypracowały mniejszy przychód z określonych przyczyn. Jeżeli w okresie 12 miesięcy kalendarzowych (lub w okresie pełnych kalendarzowych miesięcy ubezpieczenia) poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, przychód ubezpieczonego niebędącego pracownikiem uległ zmniejszeniu wskutek niewykonywania pracy lub działalności w okresie pobierania:

- zasiłku chorobowego,
- zasiłku macierzyńskiego,
- świadczenia rehabilitacyjnego albo
- odbywania ćwiczeń wojskowych,

to przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:

- wyłącza się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez mniej niż połowę miesiąca, tj. podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z mniejszej liczby miesięcy; przy czym, jeżeli ubezpieczony wykonywał pracę lub prowadził działalność przez okres krótszy niż połowa miesiąca, ale z innych przyczyn niż wymienione wyżej, to przychód za ten miesiąc uwzględnia się w podstawie wymiaru zasiłku chorobowego,
- przyjmuje się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez co najmniej połowę miesiąca.

Ważne: Przychód za niepełny miesiąc uwzględnia się w podstawie wymiaru zasiłku chorobowego w faktycznej wysokości, bez uzupełniania.

Przykład

Zleceniobiorca podlegający od 5 stycznia 2016 r. ubezpieczeniu społecznemu nabył prawo do zasiłku chorobowego za okres od 3 do 19 czerwca 2016 r. (17 dni) Podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętny miesięczny przychód za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia, tj. od lutego do maja 2016 r.

W okresie tym ubezpieczony nie wykonywał pracy od 2 do 16 lutego 2016 r. z powodu choroby, za którą nie nabył prawa do zasiłku z uwagi na nieposiadanie okresu wyczekiwania. W związku z tym w miesiącu tym wykonywał pracę przez okres krótszy niż połowa miesiąca. Ponieważ niewykonywanie pracy w tym miesiącu było spowodowane inną przyczyną niż pobieranie zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, świadczenia rehabilitacyjnego lub odbywanie ćwiczeń wojskowych (tu przyczyną była niezdolność do pracy bez prawa do zasiłku chorobowego), wynagrodzenie za ten miesiąc nie zostanie wyłączone z podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego w czerwcu 2016 r. Suma przychodów za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia zostanie podzielona przez 4.

Jeżeli ubezpieczony w każdym miesiącu, za który przychód uwzględnia się przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, osiągnął przychód zmniejszony w związku z wykony-

waniem pracy lub działalności przez mniej niż połowę miesiąca, do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się faktyczny przychód za wszystkie miesiące (po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe).

11. Artykuł 51 – uchylony

12. Artykuł 52 – zastosowanie przepisów ustawy zasiłkowej przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków dla osób niebędących pracownikami

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.

Przepis ten nakazuje stosowanie wymienionych artykułów ustawy zasiłkowej określających m.in. zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla pracowników, także przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku macierzyńskiego, dalej świadczeń przysługujących ubezpieczonym niebędącym pracownikami. W świetle tego przepisu:

- jeżeli prawo do świadczeń powstało przed upływem 12 miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru świadczeń stanowi przeciętny miesięczny przychód za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia,
- stawkę zasiłku przysługującego za jeden dzień stanowi jedna trzydziesta część przychodu stanowiącego podstawę wymiaru,
- podstawę wymiaru ustala się z uwzględnieniem przychodu uzyskanego w okresie ubezpieczenia chorobowego, z tytułu którego przysługują te świadczenia,
- przeciętny miesięczny przychód stanowiący podstawę wymiaru świadczeń ustala się przez podzielenie przychodu osiągniętego przez ubezpieczonego niebędącego pracownikiem za okres 12 miesięcy kalendarzowych (albo za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia) poprzedzających miesiąc, w którym powstało prawo do świadczeń, przez liczbę miesięcy, w których przychód ten został osiągnięty.

Przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczeń stosuje się także zasady uwzględniania składników przychodu takich jak, np. premie, dodatki, nagrody w odpowiednich proporcjach. Z tym że składniki te uwzględnia się w podstawie wymiaru świadczeń bez względu na fakt pomniejszania ich za czas niezdolności do pracy (przepis art. 41 ustawy zasiłkowej nie ma tutaj zastosowania). Zatem przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczeń premie, nagrody i inne składniki przychodu przysługujące za okresy:

- miesięczne – wlicza się do podstawy wymiaru świadczeń w kwocie wypłaconej ubezpieczonemu za miesiące kalendarzowe, z których przychód przyjmuje się do ustalenia podstawy wymiaru,
 - kwartalne – wlicza się do przeciętnego miesięcznego przychodu przyjmowanego do ustalenia podstawy wymiaru świadczeń w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwot wypłaconych ubezpieczonemu za cztery kwartały poprzedzające miesiąc, w którym powstało prawo do świadczenia,
-

- roczne – wlicza się do podstawy wymiaru świadczeń w wysokości stanowiącej jedną dwunastą kwoty wypłaconej ubezpieczonemu za rok poprzedzający miesiąc, w którym powstało prawo do świadczenia. Przepis ten stosuje się odpowiednio do składników wypłacanych za inne okresy, np. półroczne.

W razie ponownego powstania prawa do zasiłku, podstawę jego wymiaru oblicza się na nowo, jeżeli przerwa między okresami pobierania zasiłku trwała co najmniej 3 miesiące kalendarzowe. Jeżeli ubezpieczenie powstało w trakcie miesiąca, a niezdolność do pracy powstała w miesiącu następnym, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód z pierwszego niepełnego kalendarzowego miesiąca ubezpieczenia.

W sytuacji gdy niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych:

- dla których jest określona najniższa podstawa wymiaru składek, stanowi najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie – nawet jeśli ubezpieczony zadeklarował wyższą podstawę wymiaru składki za ten miesiąc (chodzi tu m.in. o prowadzących pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące),
- dla których nie została określona najniższa podstawa wymiaru składek, stanowi:
 - kwota przychodu określona w umowie, przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia chorobowego – dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, dla których odpłatność za wykonywanie umowy określono kwotowo,
 - kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy z miesiąca, w którym powstało prawo do zasiłku – dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, dla których odpłatność za wykonywanie umowy określono w kwotowej stawce godzinowej lub akordowej albo prowizyjnie,
 - przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku – dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych,
 - przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku – dla osób wykonujących pracę nakładczą,

po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71%.

Przy czym, jeżeli ubezpieczony, dla którego nie została określona najniższa podstawa wymiaru składek zachorował w pierwszym kalendarzowym miesiącu ubezpieczenia, a u płatnika składek nie ma innych ubezpieczonych, których przychód powinien zostać przyjęty do podstawy wymiaru zasiłku, przyjmuje się przychód osiągnięty przez ubezpieczonego.

Jeśli w okresie, za który przychód uwzględnia się w podstawie wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku macierzyńskiego, przychód ubezpieczonego niebędącego pracownikiem uległ zmniejszeniu wskutek niewykonywania pracy lub działalności w okresie pobie-

rania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, świadczenia rehabilitacyjnego albo odbywania ćwiczeń wojskowych, przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczeń:

- wyłącza się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez mniej niż połowę miesiąca,
- przyjmuje się przychód za miesiące, w których ubezpieczony wykonywał pracę lub działalność przez co najmniej połowę miesiąca.

Natomiast, jeżeli w okresie, za który przychód uwzględnia się w podstawie wymiaru świadczeń, przychód ubezpieczonego w każdym miesiącu uległ zmniejszeniu z przyczyn wymienionych wyżej, przy ustalaniu podstawy wymiaru przyjmuje się przychód za wszystkie miesiące. Patrz też komentarz do art. 50 ustawy zasiłkowej.

ZUS informuje, że podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli w pobieraniu zasiłków – bez względu na ich rodzaj – nie było przerwy lub przerwa trwała krócej niż trzy miesiące kalendarzowe. W przypadku, gdy poprzednio pobieranym świadczeniem było świadczenie rehabilitacyjne i w związku z tym podstawa wymiaru podlegała waloryzacji, podstawę wymiaru kolejnego zasiłku stanowi kwota przyjęta jako podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego, tj. po waloryzacji.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przyjmowaną jako podstawę wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego dla osób niebędących pracownikami waloryzuje się według zasad określonych dla pracowników.

Podstawa wymiaru świadczeń za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa niż 100% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Kwotę tę ustala się miesięcznie, poczynając od 3. miesiąca kwartału kalendarzowego, na okres 3 miesięcy, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłaszanego dla celów emerytalnych (kwota ta nie podlega zmniejszeniu o 13,71%). Z tym że ograniczeniu takiemu nie podlega podstawa wymiaru zasiłku macierzyńskiego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego.

13. Artykuł 52a – ustalanie podstawy wymiaru zasiłku dla poborowych odbywających służbę zastępczą

Art. 52a. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla osób odbywających służbę zastępczą stanowi kwota świadczenia pieniężnego, określona w przepisach o służbie zastępczej, w miesiącu, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4.

Przepis ten określa zasadę ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla poborowych odbywających służbę zastępczą. Stanowi ją kwota świadczenia pieniężnego, określona w przepisach ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o służbie zastępczej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1027 z późn. zm.), w miesiącu, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

14. Artykuł 53 – dokumentowanie prawa do zasiłków

Art. 53. 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.

2. Przewidywaną datę porodu określa zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku, datę porodu zaś dokumentuje się skróconym odpisem aktu urodzenia dziecka.

3. Przyczynę niemożności wykonywania pracy wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz niezdolności do pracy wskutek poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów określa zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku.

Komentowany przepis określa dowody, na podstawie których stwierdza się:

- czasową niezdolność do pracy z powodu choroby (również wówczas, gdy niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy),
- konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny,
- pobyt w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Jednocześnie dowody te stanowią podstawę do ubiegania się o zasiłek chorobowy lub opiekuńczy. Są to zaświadczenia lekarskie, wystawiane według zasad określonych przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim.

Przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, pobyt w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej albo konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, są odpowiednie zaświadczenia lekarskie. Do końca 2015 r. wystawiane były wyłącznie w formie papierowej na formularzu ZUS ZLA, z dwiema kopiami. Oryginał zaświadczenia lekarskiego wystawiający je przysyłał, w ciągu 7 dni od dnia sporządzenia, bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej ZUS, który prowadzi rejestr zaświadczeń lekarskich. Ubezpieczony, ubiegający się o przyznanie zasiłku chorobowego (odpowiednio wynagrodzenia chorobowego) lub zasiłku opiekuńczego, zobowiązany był dostarczyć otrzymane zaświadczenie odpowiednio płatnikowi składek lub ZUS nie później niż w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania. Stanowił o tym art. 62 ustawy zasiłkowej, w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2015 r., który jednocześnie przewidywał sankcję za jego niedopełnienie. Niedochowanie 7-dniowego terminu na dostarczenie zwolnienia lekarskiego powodowało obniżenie o 25% wysokości zasiłku przysługującego za okres od 8. dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego. Wyjątek stanowiła sytuacja, gdy niedostarczenie zaświadczenia nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.

Zaświadczenia lekarskie na drukach ZUS ZLA mogą być wystawiane do końca 2017 r. i w stosunku do tych zaświadczeń nadal obowiązuje ww. termin na ich dostarczenie płatnikowi zasiłków.

Począwszy od 1 stycznia 2016 r., papierowe zaświadczenia lekarskie zostały zastąpione tzw. e-zwolnieniami (e-ZLA), tj. zaświadczeniami lekarskimi wystawionymi w formie doku-

mentu elektronicznego uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, zgodnie z wzorem ustalonym przez ZUS, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ten organ.

Wystawianie e-ZLA oraz ich przekazywanie do ZUS i płatnika składek odbywa się drogą elektroniczną. Wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje je na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS, który bezpłatnie udostępnia je płatnikowi składek na jego profilu informacyjnym nie później niż w dniu następującym po dniu otrzymania zaświadczenia lekarskiego.

Na żądanie ubezpieczonego, a także w przypadku, gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje ubezpieczonemu wydruk wystawionego zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego, zawierający wymagane dane i informacje (za wyjątkiem numeru statystycznego choroby), opatrzone podpisem i pieczętą.

Otrzymany wydruk e-ZLA ubezpieczony jest zobowiązany przedłożyć płatnikowi składek (pracodawcy) nieposiadającemu profilu informacyjnego.

W sytuacji, gdy wystawienie e-ZLA nie jest możliwe, np. podczas wizyt domowych, ze względu na brak możliwości:

- dostępu do Internetu lub
- uwierzytelnienia zaświadczenia lekarskiego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP,

wystawiający zaświadczenie lekarskie w dniu badania przekazuje ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, spełniające wymagane kryteria. W tym przypadku lekarz jest zobowiązany przekazać e-ZLA na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS w terminie 3 dni roboczych od dnia jego wystawienia, a gdy okaże się to niemożliwe – od ustania przyczyn uniemożliwiających jego przekazanie.

Ważne: W stosunku do e-zwolnień nie obowiązuje zasada obniżenia wysokości zasiłku chorobowego z powodu nieterminowego dostarczenia zwolnienia lekarskiego.

Prawo do świadczenia, którego uzyskanie wiąże się z urodzeniem dziecka, tj. do zasiłku macierzyńskiego, osoba ubezpieczona dokumentuje:

- zaświadczeniem o przewidywanej dacie porodu, wystawionym przez lekarza na zwykłym druku – w razie ubiegania się o zasiłek przed urodzeniem dziecka,
- odpisem skróconym aktu urodzenia dziecka lub jego kserokopią potwierdzoną przez płatnika za zgodność z oryginałem – ubiegając się o wypłatę zasiłku od dnia porodu.

Prawo do zasiłku macierzyńskiego może więc zostać ustalone na podstawie dwóch różnych dokumentów, w zależności od tego, czy jest ustalane przed porodem, czy też po dacie porodu. Przez określenie „na zwykłym druku” należy rozumieć druk przyjęty w danej placówce służby zdrowia do wystawiania zaświadczeń, nieokreślony w odrębnych przepisach. Zaświadczenie powinno zawierać odpowiednie informacje i być ostatecznie opatrzone przez lekarza pieczęcią nagłówkową zakładu służby zdrowia (gabinetu lekarskiego) oraz pieczęcią imienną lekarza wystawiającego to zaświadczenie. Co istotne, zaświadczenie o przewidywanej dacie porodu oraz zaświadczenie potwierdzające datę porodu może wydać lekarz, który nie został upoważniony do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy.

Ubezpieczony ubiegający się o świadczenia chorobowe z powodu niemożności wykonywania pracy wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz niezdolności do pracy wskutek poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów, oprócz zaświadczenia na druku ZUS ZLA przedkłada zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku.

15. Artykuł 54 – zasady wystawiania przez ZUS upoważnienia dla lekarzy do wystawiania zaświadczeń ZUS ZLA

Art. 54. 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 o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, zwanych dalej „zaświadczeniem lekarskim”, lekarza, lekarza dentystę, 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, z 2014 r. poz. 1662 oraz z 2015 r. poz. 1893), 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, zwaną 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 dentystom w okresie odbywania stażu podyplomowego.

3. Upoważnienia, o którym mowa w ust. 1, Zakład Ubezpieczeń Społecznych udziela w formie decyzji.

Przepis określa krąg osób wykonujących zawód lekarza, które mogą zostać upoważnione przez ZUS do wystawiania zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA, stanowiących dokument umożliwiający ubieganie się o zasiłek chorobowy lub opiekuńczy. Wskazuje również warunki otrzymania tego upoważnienia. Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich otrzymują lekarze, lekarze dentyści, felczerzy i starsi felczerzy po złożeniu przez nich pisemnego oświadczenia, że zobowiązują się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy.

Nie wszyscy lekarze mogą otrzymać upoważnienie, o którym mowa. Jak wynika z art. 54 ust. 2 ustawy zasiłkowej, do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy ZUS nie może upoważnić lekarzy i lekarzy dentystów w okresie odbywania stażu podyplomowego, którzy w celu odbycia tego stażu i złożenia kończącego go egzaminu mają

przyznane (przez okręgową radę lekarską) ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza albo ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty.

Upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy ZUS udziela w formie decyzji. Decyzje o upoważnieniu do wystawiania zaświadczeń lekarskich lub odmowie wydania upoważnienia są przesyłane do adresata za pośrednictwem poczty.

Dodajmy, że lekarz, który nie został upoważniony do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy może wydać zaświadczenie o przewidywanej dacie porodu oraz zaświadczenie potwierdzające datę porodu.

16. Artykuł 55 – dane zawarte w zaświadczeniu lekarskim

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 lecz-

niczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o 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 2016 r. poz. 186).

Zaświadczenie lekarskie wystawia lekarz prowadzący leczenie (który uzyskał w tym celu niezbędne upoważnienie ZUS do wystawiania zaświadczeń lekarskich), na okres, w którym ubezpieczony ze względu na stan zdrowia powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym niezbędne jest przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia ubezpieczonego. Zaświadczenie wystawia się na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania i może ono obejmować okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie (pod warunkiem, że wyniki badania wykazują, iż ubezpieczony niewątpliwie był w tym czasie niezdolny do pracy). Zaświadczenie lekarskie na okres wcześniejszy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, może być wystawione tylko przez lekarza psychiatrę, w razie stwierdzenia lub podejrzenia przez tego lekarza zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność ubezpieczonego do oceny własnego postępowania.

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

- bezpośrednio po dniu badania przypadają dni wolne od pracy,
- badanie jest przeprowadzane w okresie wcześniej orzeczonej niezdolności do pracy.

W przypadku pobytu ubezpieczonego w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, zaświadczenie lekarskie wystawia się w dniu wypisania ubezpieczonego z tego zakładu. Natomiast, w razie pobytu ubezpieczonego w zakładzie, dłuższego niż 14 dni, zaświadczenie wystawia się co 14 dni w celu umożliwienia wypłaty zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas choroby.

Zaświadczenie lekarskie wystawiane w formie dokumentu elektronicznego zawiera odpowiednio:

- identyfikator i datę wystawienia zaświadczenia lekarskiego,
- dane ubezpieczonego: pierwsze imię, nazwisko, numer 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,
- 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,
- imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu wystawiającego zaświadczenie lekarskie oraz adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
- okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w szpitalu,
- informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość, tj.:
 - powstania choroby zakaźnej, której okres wylęgania jest dłuższy niż 14 dni, lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby,

- niezdolności do pracy spowodowanej gruźlicą lub występującej w trakcie ciąży,
- niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni,
- niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu (świadczenie chorobowe nie przysługuje wówczas za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności),
podane z zastosowaniem kodów literowych, o których mowa w art. 57 ust. 1 ustawy zasiłkowej, tj. odpowiednio: A, B, C, D lub E,
- wskazania lekarskie – odpowiednio: chory powinien leżeć albo chory może chodzić,
- 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,
- numer statystyczny choroby ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
- oznaczenie instytucji, w której ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia.

Dodajmy, że w przypadku gdy niezdolność do pracy powstanie za granicą, to dowodem do przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego jest przetłumaczone na język polski zaświadczenie zagranicznego zakładu leczniczego lub zagranicznego lekarza, wystawione na blankiecie z nadrukiem określającym nazwę zagranicznego zakładu leczniczego lub imię i nazwisko zagranicznego lekarza, opatrzone datą wystawienia i podpisem oraz określające początkową i końcową datę tej niezdolności. Nie wymaga się przetłumaczenia na język polski zaświadczeń wystawionych na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej (UE) oraz państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (EOG) lub Konfederacji Szwajcarskiej, jeżeli zostały wystawione w językach urzędowych tych państw.

17. Artykuł 55a – profil informacyjny

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, opatrzone 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 le-

lekarzkie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie zaświadczenia lekarskiego.

Lekarz wystawiający zaświadczenie lekarskie tworzy profil informacyjny za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS. ZUS w tym celu udostępnia na jego profilu informacyjnym:

- dane zgromadzone w:
 - Centralnym Rejestrze Ubezpieczonych – pierwsze imię, nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania ubezpieczonego,
 - 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 mu numeru PESEL,
 - Centralnym Rejestrze Członków Rodziny Ubezpieczonych Uprawnionych do Ubezpieczenia Zdrowotnego – datę urodzenia chorego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym;
- informacje o wcześniejszych zaświadczeniach lekarskich wystawionych ubezpieczonemu,
- informacje, czy płatnik składek posiada profil informacyjny płatnika składek.

Lekarz ma obowiązek potwierdzić u ubezpieczonego prawidłowość i aktualność danych udostępnionych przez ZUS. Jeśli dane te są nieaktualne, nieprawidłowe lub niekompletne, jest zobowiązany do uzyskania aktualnych lub brakujących danych.

W sytuacji, gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym lekarza wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek, lekarz przekazuje ubezpieczonemu wydruk wystawionego zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego, zawierający odpowiednie dane i informacje. Wydruk ten musi być opatrzony podpisem i pieczętą lekarza.

Jeżeli wystawienie e-zwolnienia nie jest możliwe, w szczególności przy braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości uwierzytelnienia e-zwolnienia, lekarz w dniu badania przekazuje ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, opatrzone jego podpisem i pieczętą. Dane i informacje ubezpieczonego lub członka jego rodziny lekarz uzyskuje od ubezpieczonego. Ubezpieczony jest natomiast obowiązany przekazać lekarzowi wystawiającemu zaświadczenie dane i informacje w zakresie niezbędnym do jego wystawienia. W terminie 3 dni roboczych od dnia wystawienia takiego zaświadczenia lekarz przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS zaświadczenie wystawione w formie dokumentu elektronicznego, zawierające dane i informacje zawarte w wystawionym zaświadczeniu lekarskim, oraz numer statystyczny choroby ubezpieczonego ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. W sytuacji gdy 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, lekarz wystawiający zaświadczenie przekazuje to zaświadczenie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających jego przekazanie.

18. Artykuł 55b – rejestr zaświadczeń lekarskich

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.

ZUS prowadzi rejestr zaświadczeń lekarskich zawierający:

- identyfikator i datę wystawienia zaświadczenia lekarskiego,
- dane ubezpieczonego: pierwsze imię, nazwisko, numer 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,
- dane płatnika składek: NIP lub PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL, oraz rodzaj identyfikatora płatnika składek,
- imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu wystawiającego zaświadczenie lekarskie oraz adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
- okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w szpitalu,
- informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość podane z zastosowaniem kodów literowych,
- wskazania lekarskie – odpowiednio: chory powinien leżeć albo chory może chodzić,
- 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,
- numer statystyczny choroby ubezpieczonego ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
- oznaczenie instytucji, w której ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia.

Zaświadczenia te są przechowywane przez ZUS przez okres 3 lat.

W sytuacji, gdy ubezpieczony podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników, to ZUS udostępnia zaświadczenie lekarskie KRUS.

19. Artykuł 56 – rejestr lekarzy prowadzony przez ZUS

Art. 56. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rejestr lekarzy, lekarzy dentyistów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

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.

4. (uchylony)

5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

- 1) udostępnia Naczelnej Radzie Lekarskiej oraz systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.), informacje zgromadzone w rejestrze, o którym mowa w ust. 1;
- 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.

6. (uchylony)

Artykuł reguluje procedurę związaną z rejestracją lekarzy upoważnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy. Stanowi on, że ZUS jest zobowiązany do prowadzenia rejestru lekarzy, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich na druku ZUS ZLA i uzyskali upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich, a także lekarzy, którzy upoważnienia tego nie otrzymali.

W przepisie art. 56 ustawy zasiłkowej sprecyzowano dane, podlegające wpisowi do rejestru, które dotyczą m.in. danych identyfikacyjnych lekarza upoważnionego do wystawiania zaświadczeń (numer prawa wykonywania zawodu), rodzaju i stopnia specjalizacji, miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie ustawodawca zobowiązał lekarzy uprawnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich, do informowania ZUS o wszelkich zmianach dotyczących ich danych podlegających wpisowi do rejestru.

Ustęp 5 komentowanego przepisu przewiduje współpracę ZUS i Naczelnej Rady Lekarskiej, uprawniając jednocześnie obydwie podmioty do wzajemnego korzystania z danych zgromadzonych w prowadzonych przez nich rejestrach.

20. Artykuł 57 – kody literowe umieszczane w zaświadczeniu lekarskim

Art. 57. 1. 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:

- 1) kod A – oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nieprzekraczającej 60 dni – spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą;
- 2) kod B – oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży;
- 3) kod C – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu;
- 4) kod D – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą;

5) kod E – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną chorobą, o której mowa w art. 7 pkt 2.

2. W zaświadczeniu lekarskim, na pisemny wniosek ubezpieczonego, nie umieszcza się kodu „B” i „D”.

Kody literowe stanowią informacje istotne dla płatnika zasiłku, wpływające na prawo i wysokość zasiłku, bez konieczności ujawniania rodzaju choroby ubezpieczonego lub członka jego rodziny. Są wpisywane wyłącznie w przypadkach zaistnienia sytuacji wymienionych przy określonych literach kodu. W innych przypadkach, np. gdy niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy, chorobą zawodową albo wypadkiem w drodze do lub z pracy, nie przewiduje się umieszczania kodów literowych, pomimo że lekarz wystawiający zaświadczenie umieszcza informacje o przyczynach powstania niezdolności do pracy w dokumentacji medycznej pacjenta. Wymienione w komentowanym artykule kody oznaczają odpowiednio:

- **A** – niezdolność do pracy powstała po przerwie nieprzekraczającej 60 dni – spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą. Kod ten zobowiązuje płatnika zasiłku do zliczania poszczególnych okresów niezdolności do pracy (oznaczonych kodem A) do jednego okresu zasiłkowego. Zliczanie okresów niezdolności do jednego okresu zasiłkowego oraz czas trwania okresu zasiłkowego omówiliśmy w komentarzu do art. 9 ustawy zasiłkowej. ZUS informuje, iż w przypadku gdy zwolnienie lekarskie wystawione po przerwie w niezdolności do pracy trwającej krócej niż 60 dni nie zawiera kodu literowego „A”, powinno to oznaczać, że ubezpieczony stał się niezdolny do pracy z powodu innej choroby (na taką okoliczność przepisy nie przewidują żadnego kodu literowego). ZUS zaleca jednak, aby w przypadkach wątpliwych (np. gdy kolejne zaświadczenie po krótkiej przerwie wystawił ten sam lekarz lub w przypadku wykorzystania okresu zasiłkowego itp.) zasięgać opinii lekarza leczącego. Opinii lekarza leczącego należy zasięgnąć również w razie wątpliwości, czy w przerwie w niezdolności do pracy spowodowanej tą samą chorobą, trwającej ponad 60 dni, ubezpieczony odzyskał zdolność do pracy. Jeżeli z opinii lekarza wynika, że między okresami orzeczonych niezdolności do pracy ubezpieczony nie odzyskał zdolności do pracy, okresy niezdolności przypadające przed przerwą i po przerwie zlicza się do jednego okresu zasiłkowego.
- **B** – niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży. Informuje płatnika zasiłku o obowiązku wypłaty zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku również wówczas, gdy niezdolność do pracy ubezpieczonej przypada na okres pobytu w szpitalu; umieszczenie przez lekarza kodu B uprawnia ubezpieczoną do korzystania z okresu zasiłkowego w wymiarze 270 dni.
- **C** – niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu. Płatnik zasiłku otrzymuje tym samym informację, że zasiłek chorobowy nie przysługuje ubezpieczonemu za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności.
- **D** – niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą, co uprawnia ubezpieczonego do korzystania z dłuższego okresu płatności zasiłku chorobowego, tj. 270 dni (art. 8 ustawy zasiłkowej).
- **E** – niezdolność do pracy spowodowaną chorobą zakaźną, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni, lub inną chorobą, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby. Kod ten informuje jednocześnie, że ubezpieczony jest uprawniony do zasiłku chorobowego po ustaniu ubezpieczenia, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała nie póź-

niej niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego (patrz komentarz do art. 7 ustawy zasiłkowej).

Na wniosek ubezpieczonego złożony lekarzowi na piśmie, lekarz nie umieszcza w zaświadczeniu lekarskim kodu literowego świadczącego o chorobie przypadającej w okresie ciąży (kod B) i o niezdolności do pracy spowodowanej gruźlicą (kod D). Naszym zdaniem brak tych kodów nie jest korzystny dla ubezpieczonych, bowiem np. brak kodu literowego B spowoduje, że ubezpieczona otrzyma zasiłek chorobowy w wysokości 80% podstawy wymiaru zasiłku (lub 70% za okres pobytu w szpitalu) i przez krótszy okres zasiłkowy (182 dni). Wyrównanie do 100% podstawy wymiaru zasiłku nastąpi wówczas dopiero po porodzie lub po dostarczeniu odrębnego zaświadczenia lekarskiego. Natomiast brak kodu literowego D będzie przyczyną liczenia 182-dniowego okresu zasiłkowego, a nie 270-dniowego.

21. Artykuł 58 – profil informacyjny płatnika składek

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 z dnia 13 października 1998 r. 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 obowiązków 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 z dnia 13 października 1998 r. 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.

ZUS udostępnia bezpłatnie zaświadczenie lekarskie płatnikowi składek na profilu informacyjnym płatnika składek, bez numeru statystycznego choroby, nie później niż w dniu następującym po dniu otrzymania tego zaświadczenia.

Profil informacyjny płatnika składek jest tworzony przez płatnika składek za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez ZUS. Do jego utworzenia są zobowiązani płatnicy składek zgłaszający do ubezpieczenia chorobowego więcej niż 5 osób. Płatnicy składek, którzy utworzyli profil informacyjny płatnika składek, są obowiązani do jego utrzymywania, także gdy liczba ubezpieczonych ulegnie zmianie i nie będzie przekraczała 5 osób.

Płatnik składek nieposiadający profilu informacyjnego płatnika składek informuje ubezpieczonego, w formie pisemnej, w pierwszym dniu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, o obowiązku dostarczania mu przez ubezpieczonego wydruku zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenia lekarskiego wystawionego na formularzu wydrukowanym z systemu (gdy wystawienie e-zwolnienia nie jest możliwe). Jeśli płatnik utworzy profil informacyjny to w ciągu 7 dni od jego utworzenia informuje ubezpieczonego, w formie pisemnej, o ustaniu obowiązku dostarczania mu wydruku zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenia wystawionego na formularzu wydrukowanym z systemu.

22. Artykuł 58a – sprostowanie błędów w zaświadczeniach lekarskich

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 skrynkę 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.

Jeśli lekarz upoważniony do wystawiania zaświadczeń lekarskich stwierdzi błąd w wystawionym przez siebie zaświadczeniu e-ZLA, jest zobowiązany w terminie 3 dni roboczych od stwierdzenia tego faktu albo otrzymania z ZUS informacji o popełnionym błędzie, przekazać na skrzynkę podawczą ZUS informację o stwierdzeniu nieważności tego zaświadczenia. Jest również zobowiązany do przekazania nowego zaświadczenia, po sprostowaniu błędu, zawierającego identyfikator i datę jego wystawienia, uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP.

Jeśli przekazanie ww. informacji i nowego poprawnie wystawionego zaświadczenia nie jest możliwe w terminie 3 dni, należy przekazać tę informację i nowe zwolnienie w terminie 3 dni roboczych, licząc od ustania przyczyny uniemożliwiającej ich przekazanie.

Informacja o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego e-ZLA z powodu popełnienia błędu przy jego wystawianiu musi być przekazana – w formie pisemnej – również ubezpieczonemu, któremu to zaświadczenie zostało wystawione.

Jeżeli płatnik składek nie ma profilu informacyjnego na PUE ZUS, informację o stwierdzeniu nieważności błędnie wystawionego zaświadczenia lekarskiego e-ZLA (albo informację wraz z wydrukiem nowego zaświadczenia e-ZLA) lekarz przekazuje ubezpieczonemu, informując go o obowiązku dostarczenia tych dokumentów płatnikowi składek.

Nie później niż w dniu następującym po dniu otrzymania informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego e-ZLA (lub stwierdzeniu nieważności i wystawieniu nowego zaświadczenia) ZUS udostępnia te dane na profilu informacyjnym płatnika składek.

W sytuacji, gdy błąd w zaświadczeniu lekarskim wpływa na ustalenie prawa do zasiłku lub jego wysokość, ZUS z urzędu wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku lub zmianie jego wysokości. Z tym jednak, że jeśli płatnikiem zasiłku jest płatnik składek, to decyzja jest wydawana przez ZUS na wniosek ubezpieczonego lub płatnika składek.

23. Artykuł 59 – kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy

Art. 59. 1. Prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli.

2. Kontrolę wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

3. W celu kontroli lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może:

1) przeprowadzić badanie lekarskie ubezpieczonego:

- a) w wyznaczonym miejscu,**
- b) w miejscu jego pobytu;**

2) skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;

3) zażądać od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie;

4) zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

4. Ubezpieczony jest obowiązany udostępnić posiadaną dokumentację medyczną lekarzowi przeprowadzającemu badanie, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 i 2.

5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wysyła do ubezpieczonego, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, wezwanie, w którym określa termin badania przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo przez lekarza konsultanta lub dostarczenia posiadanych wyników badań pomocniczych. Wezwanie zawiera informację o skutkach, o których mowa w ust. 6 i 10.

6. W razie uniemożliwienia badania lub niedostarczenia posiadanych wyników badań w terminie, o którym mowa w ust. 5, zaświadczenie lekarskie traci ważność od dnia następującego po tym terminie.

7. Jeżeli po analizie dokumentacji medycznej i po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określi wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim, za okres od tej daty zaświadczenie lekarskie traci ważność.

8. W przypadkach, o których mowa w ust. 7, lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawia zaświadczenie, które jest traktowane na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w myśl art. 229 § 4 Kodeksu pracy.

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.

9a. W przypadku wystawienia przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zaświadczenia, o którym mowa w ust. 8, Zakład Ubezpieczeń Społecznych informuje o tym fakcie wystawiającego zaświadczenie lekarskie.

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.

10. W przypadkach, o których mowa w ust. 6 i 7, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku.

11. Kopię decyzji, o której mowa w ust. 10, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przesyła pracodawcy ubezpieczonego, którego ta decyzja dotyczy.

12. Pracodawca może wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przeprowadzenie kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich dla celów wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, o którym mowa w art. 92 Kodeksu pracy. Zakład informuje pracodawcę o wyniku postępowania.

13. Poniesione przez ubezpieczonego koszty przejazdu na badania kontrolne Zakład Ubezpieczeń Społecznych zwraca do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

14. (uchylony)

15. (uchylony)

Przepis wprowadza procedurę kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich przez upoważnionych lekarzy. Dotyczy to zarówno zwolnień wystawionych w formie papierowej, jak i elektronicznej. Kontrola ta (merytoryczna i formalna) została powierzona lekarzom orzecznikom ZUS. Wspomnijmy, że art. 68 ustawy zasiłkowej upoważnia pracodawców i płatników zasiłków do przeprowadzania kontroli zaświadczeń lekarskich, jednak kontrola ta ma charakter formalny i w szczególności dotyczy prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy przez ubezpieczonych.

W omawianym artykule określone zostały kompetencje lekarzy orzeczników ZUS dotyczące przeprowadzania kontroli, o której mowa. Lekarz orzecznik ZUS może:

- przeprowadzić badanie lekarskie ubezpieczonego (który otrzymał zaświadczenie lekarskie) w wyznaczonym przez siebie miejscu, np. w siedzibie oddziału ZUS, lub w miejscu pobytu ubezpieczonego, co oznacza, że lekarz może przeprowadzić badanie w domu chorego,
- skierować ubezpieczonego na dodatkowe badanie specjalistyczne, przeprowadzane przez lekarza konsultanta ZUS,
- zażądać od lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie, aby udostępnił dokumentację medyczną stanowiącą podstawę wydania ubezpieczonemu zaświadczenia lekarskiego lub zażądać od tego lekarza złożenia wyjaśnień i dodatkowych informacji,
- zażądać od ubezpieczonego przedstawienia posiadanej przez niego dokumentacji medycznej, a także zlecić ubezpieczonemu wykonanie badań pomocniczych w określonym terminie.

Uprawnienia kontrolne lekarzy orzeczników nakładają na ubezpieczonych obowiązek udostępnienia posiadanej dokumentacji medycznej, a także obowiązek poddania się badaniom zleconym przez lekarzy orzeczników.

Wezwanie do stawienia się przed lekarzem orzecznikiem lub lekarzem konsultantem (albo do dostarczenia posiadanych wyników badań pomocniczych lub do wykonania badań) wysyła do ubezpieczonego ZUS, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Zwrotne potwierdzenie odbioru oznacza, że ZUS otrzymuje z poczty potwierdzenie przyjęcia przesyłki przez ubezpieczonego. W wezwaniu ZUS dokładnie określa termin badania przez lekarza orzecznika ZUS albo przez lekarza konsultanta, ewentualnie określa termin dostarczenia posiadanych wyników badań pomocniczych. Wezwanie to musi również zawierać informację o skutkach niezgłoszenia się na badanie lub niedostarczenia wyników badań.

Ważne: W razie uniemożliwienia przez ubezpieczonego badania (np. niezgłoszenia się na badanie po przyjęciu wezwania) lub niedostarczenia posiadanych wyników badań w wyznaczonym w wezwaniu terminie, zaświadczenie lekarskie traci ważność od dnia następującego po tym terminie.

Konsekwencją utraty ważności zaświadczenia lekarskiego jest jednoczesna utrata (od tego dnia) prawa do zasiłku chorobowego za dalszy okres niezdolności do pracy orzeczonej tym zaświadczeniem lekarskim. Pomimo, iż utrata prawa do zasiłku chorobowego następuje w tym wypadku z mocy prawa, ZUS wydaje decyzję o braku prawa do zasiłku. Oryginał decyzji otrzymuje ubezpieczony, natomiast kopię decyzji ZUS przesyła do wiadomości pracodawcy ubezpieczonego. W sytuacji, gdy pracodawca jest jednocześnie płatnikiem zasiłku, może on otrzymać decyzję ZUS o braku prawa do zasiłku już po dokonaniu wypłaty zasiłku chorobowego za dany okres. Wówczas wypłacona kwota zasiłku jest świadczeniem nienależnie pobranym przez ubezpieczonego i podlega zwrotowi.

Zaświadczenie lekarskie traci ważność od następnego dnia po dniu badania przez lekarza orzecznika również w przypadku, gdy po analizie dokumentacji medycznej i po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego lekarz orzecznik ZUS określi wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim. W takim przypadku lekarz orzecznik ZUS wystawia zaświadczenie, które traktuje się na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w myśl art. 229 § 4 K.p. Oznacza to, że zaświadczenie lekarza orzecznika wywołuje skutki równe orzeczeniu lekarza medycyny pracy, co pozwala pracodawcy na dopuszczenie pracownika do pracy bez konieczności kierowania go na badania kontrolne, o których mowa w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. nr 69, poz. 332 z późn. zm.).

Niezależnie od tych czynności, ZUS zobowiązany jest do wydania decyzji stwierdzającej brak prawa do zasiłku, której kopię przesyła do wiadomości pracodawcy. W tym przypadku również może wystąpić sytuacja, że pracodawca (jeżeli jest jednocześnie płatnikiem zasiłku) otrzyma decyzję ZUS o braku prawa do zasiłku już po dokonaniu wypłaty zasiłku chorobowego za dany okres. Wówczas, jak już wspomnieliśmy, wypłacona kwota zasiłku jest świadczeniem nienależnie pobranym przez ubezpieczonego i podlega zwrotowi. Jeżeli ubezpieczony nie zgadza się ze stanowiskiem lekarza orzecznika ZUS, może złożyć odwołanie od decyzji do właściwego sądu rejonowego (pouczenie o środkach odwoławczych zawiera decyzja ZUS).

Kontroli wykonywanej przez lekarzy orzeczników ZUS, w trybie przewidzianym w komentowanym artykule, podlegają również zaświadczenia lekarskie obejmujące okres niezdolności do pracy z powodu choroby, za który pracodawca jest zobowiązany wypłacić wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, o którym mowa w art. 92 K.p. Kontrola ta jest dokonywana na wniosek pracodawcy, a o wyniku postępowania ZUS informuje pracodawcę w formie pisemnej. Jednak w takim przypadku ZUS nie wydaje formalnej decyzji.

ZUS zwraca ubezpieczonemu koszty poniesione przez niego w celu stawienia się na badania kontrolne, z tym że tylko do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej (art. 59 ust. 13 ustawy zasiłkowej).

24. Artykuł 59a – dokumentowanie niezdolności do pracy oraz wystawianie i prostowanie zaświadczeń lekarskich – delegacja ustawowa

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 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, 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.

W myśl tego przepisu zostały wydane rozporządzenia:

- Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim (Dz. U. poz. 2013),
- Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków (Dz. U. poz. 2205 ze zm.).

Ważne: Błędnie wystawione zaświadczenie lekarskie, które nie zostało sprostowane, skutkuje dla ubezpieczonego brakiem prawa do wypłaty zasiłku. Ewentualne roszczenia związane z brakiem wypłaty zasiłku ubezpieczony może dochodzić od lekarza na drodze postępowania cywilnego.

25. Artykuł 60 – weryfikacja upoważnień do wystawiania zaświadczeń lekarskich wydanych przez ZUS

Art. 60. 1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu 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 drodze decyzji, cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 3 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.

3. (uchylony)

4. Od decyzji, o której mowa w ust. 1-3, przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.

5. Do decyzji, o których mowa w ust. 1-3 i art. 54, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Przepis określa sankcje dla lekarzy, którzy otrzymali upoważnienie do wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, a wystawiając te zaświadczenia naruszają przepisy ustawy zasiłkowej. Jako najpoważniejsze naruszenie zasad określonych w ustawie uznawane jest wystawienie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy:

- bez uprzedniego, bezpośredniego przebadania ubezpieczonego (pacjenta),
- bez dokumentacji potwierdzającej rozpoznanie choroby uzasadniającej wystawienie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy.

W takich przypadkach ZUS jest uprawniony do cofnięcia lekarzowi upoważnienia do wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy na okres do 12 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.

Jeżeli lekarz upoważniony do wystawiania zaświadczeń lekarskich narusza wymogi formalne związane z wystawianiem zaświadczeń dotyczące zasad:

- przekazania ubezpieczonemu wydruku wystawionego zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego na żądanie ubezpieczonego oraz w przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenia lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek,
- wystawienia zaświadczenia lekarskiego na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, gdy wystawienie e-zwolnienia 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,
- przekazania na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS zaświadczenia lekarskiego wystawionego na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego w terminie 3 dni roboczych od dnia jego wystawienia (jeżeli przekazanie zaświadczenia 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, przekazania zaświadczenia lekarskiego nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających jego przekazanie),
- podawania informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość przy zastosowaniu odpowiednich kodów literowych (A, B, C, D i E),

to ZUS może, w drodze decyzji, cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 3 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna. ZUS wydaje decyzje w trybie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

Zdaniem Naczelnego Sądu Administracyjnego (wyrok z 11 września 2001 r., sygn. akt II SA 687/01) obowiązujące przepisy nie zwalniają lekarza od zastosowania się do zasad związanych z wystawianiem zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy również w przypadku, gdy nie skutkują one wypłatą świadczeń z tytułu choroby.

26. Artykuł 60a – Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych

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.

Zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy mogą być wystawiane przez system teleinformatyczny Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, a dane w nich zawarte są udostępniane systemowi informacji o ochronie zdrowia. Chodzi o przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2001 r. o systemie informacji o ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636 z późn. zm.).

27. Artykuł 61 – uprawnienia do wypłaty świadczeń

Art. 61. 1. Prawo do zasiłków określonych w ustawie i ich wysokość ustalają oraz zasiłki te wypłacają:

- 1) płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych, z zastrzeżeniem pkt 2 lit. d;
- 2) Zakład Ubezpieczeń Społecznych:
 - a) ubezpieczonym, których płatnicy składek zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 ubezpieczonych,
 - b) ubezpieczonym prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym,
 - c) ubezpieczonym będącym duchownymi,
 - d) osobom uprawnionym do zasiłków za okres po ustaniu ubezpieczenia,
 - e) ubezpieczonym podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu w Polsce z tytułu zatrudnienia u pracodawcy zagranicznego.

2. Liczbę ubezpieczonych, o której mowa w ust. 1, ustala się według stanu na dzień 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego, a w stosunku do płatników składek, którzy na ten dzień nie zgłaszali nikogo do ubezpieczenia chorobowego – według stanu na pierwszy miesiąc, w którym dokonali takiego zgłoszenia.

3. Jeżeli do wypłaty zasiłku obowiązany jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych, płatnik składek przedkłada zaświadczenie zawierające zestawienie składników wynagro-

dzenia lub przychodu, stanowiących podstawę wymiaru zasiłku, którego wzór określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego.

4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych kontynuuje po dniu 31 grudnia podjętą wcześniej wypłatę zasiłku, nawet jeżeli od dnia 1 stycznia płatnik składek jest zobowiązany, zgodnie z ust. 1, do wypłaty zasiłków.

Przepis artykułu 61 ustawy zasiłkowej określa podmioty uprawnione do ustalania prawa do zasiłków z ubezpieczenia chorobowego oraz ich wypłaty, którymi są:

- 1) płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe zgłaszający do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych – ustalają prawo do zasiłków oraz zasiłki te wypłacają swoim ubezpieczonym w czasie trwania ubezpieczenia,
- 2) oddziały ZUS ustalające prawo do zasiłków oraz wypłacające te zasiłki:
 - a) ubezpieczonym, których płatnicy składek zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 ubezpieczonych,
 - b) ubezpieczonym prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym; w myśl ustawy o sus, za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się: osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych, twórcę i artystę, osobę prowadzącą działalność w zakresie wolnego zawodu (w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, z której przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych), wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej,
 - c) ubezpieczonym będącym duchownymi, tj. również członkom zakonów męskich i żeńskich Kościoła Katolickiego, innych kościołów i związków wyznaniowych, z wyjątkiem alumnów seminariów duchownych, nowicjuszy, postulantly i juniorystów, którzy nie ukończyli 25. roku życia (art. 8 ust. 13 ustawy o sus),
 - d) osobom uprawnionym do zasiłków za okres po ustaniu ubezpieczenia,
 - e) ubezpieczonym podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu w Polsce z tytułu zatrudnienia u pracodawcy zagranicznego.

Oznacza to, że płatnicy składek (pracodawcy), zgłaszający do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 ubezpieczonych, nie są uprawnieni do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia społecznego. W takim przypadku wypłaty zasiłków dla osób ubezpieczonych dokonuje oddział ZUS właściwy ze względu na siedzibę płatnika składek (pracodawcy).

Komentowany przepis konstytuuje również zasady ustalania liczby ubezpieczonych, od której zależy, czy płatnik składek będzie podmiotem uprawnionym do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Kryterium posiadania przez płatnika składek uprawnień do ustalania prawa i wypłaty zasiłków w roku kalendarzowym jest liczba osób zgłoszonych do ubezpieczenia chorobowego. Liczbę tę przyjmuje się na dzień 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego. Natomiast w odniesieniu do płatników składek, którzy na dzień 30 listopada nie zgłaszali nikogo do ubezpieczenia chorobowego, liczbę ubezpieczonych ustala się według stanu na pierwszy miesiąc, w którym dokonali takiego zgłoszenia.

Przykład

Płatnik składek na dzień 30 listopada 2015 r. zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego 21 osób. Od 1 grudnia 2015 r. zgłasza do tego ubezpieczenia tylko 3 osoby. Pomimo zmniejszenia się liczby ubezpieczonych płatnik jest zobowiązany w 2016 r. do wypłaty zasiłków.

Przykład

Płatnik składek na dzień 30 listopada 2015 r. zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego 7 osób. Od grudnia 2015 r. zgłasza do tego ubezpieczenia 30 osób, natomiast od stycznia 2016 r. liczba ubezpieczonych wzrosła do 40 osób. Płatnik nie jest uprawniony w 2016 r. do wypłaty zasiłków, ponieważ na dzień 30 listopada 2015 r. zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego tylko 7 osób.

Zakładając, że na dzień 30 listopada 2016 r. zgłosi do ubezpieczenia chorobowego 40 osób, to będzie zobowiązany do wypłaty zasiłków w 2017 r.

Wspomnijmy, że zgodnie z § 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek... (Dz. U. nr 78, poz. 465 ze zm.), jeżeli płatnik składek, w myśl odrębnych przepisów, jest zobowiązany do wypłaty zasiłków, to rozlicza je w deklaracji rozliczeniowej. Rozliczenie składek i zasiłków wypłaconych w danym miesiącu kalendarzowym dokonywane jest w jednej deklaracji. Do deklaracji płatnik składek załącza imienne raporty miesięczne dotyczące każdego ubezpieczonego.

Wypłacony osobie uprawnionej w danym miesiącu kalendarzowym zasiłek chorobowy powinien zostać wykazany w raportach imiennych ZUS RSA z odpowiednim kodem świadczenia/przerwy. Kody te wymienione są w załączniku Nr 18 „Kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów” do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego... (Dz. U. z 2016 r. poz. 222).

Jak wyjaśnia ZUS w komentarzu do ustawy zasiłkowej, w liczbie ubezpieczonych należy uwzględniać pracowników (w tym również uczniów) oraz podlegające ubezpieczeniu chorobowemu osoby wykonujące pracę nakładczą, na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia (także osoby z nimi współpracujące), prowadzące działalność pozarolniczą (osoby z nimi współpracujące).

W liczbie tej nie uwzględnia się osób przebywających na urloпах wychowawczych i bezpłatnych oraz duchownych podlegających ubezpieczeniu chorobowemu.

W myśl art. 61 ust. 3 ustawy zasiłkowej, płatnik składek obowiązany jest przedkładać w ZUS zaświadczenie zawierające zestawienie składników wynagrodzenia lub przychodu, stanowiących podstawę wymiaru zasiłku w przypadku, gdy płatnikiem zasiłku jest ZUS (odpowiednio druki ZUS Z-3, ZUS Z-3a lub ZUS Z-3b).

Ustęp 4 komentowanego artykułu stanowi, że ZUS kontynuuje po dniu 31 grudnia podjętą wcześniej wypłatę zasiłku, nawet jeżeli od dnia 1 stycznia płatnik składek jest zobowiązany do wypłaty zasiłków ubezpieczonym, tzn. jeżeli według stanu na dzień 30 listopada poprzedniego roku kalendarzowego zgłosił do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 pracowników. Oznacza to, że podjęta przez ZUS wypłata zasiłku nie zostaje przerwana po dniu 1 stycznia nowego roku i przekazana płatnikowi składek, który od 1 stycznia tego roku jest upoważniony do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Wypłata zasiłku przez ZUS jest wówczas kontynuowana do wyczerpania okresu pobierania zasiłku lub do przerwy w niezdolności do pracy.

Przykład

Pracownik chorował od 17 października 2015 r. do 10 stycznia 2016 r. (86 dni), nabywając z tego tytułu prawo do zasiłku chorobowego. Pracodawca na dzień 30 listopada 2014 r.

zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego 3 osoby i nie był uprawniony w 2015 r. do wypłaty zasiłków. W związku z tym ZUS podjął wypłatę zasiłku chorobowego dla pracownika od 17 października 2015 r.

Według stanu na dzień 30 listopada 2015 r. płatnik składek zgłasza do ubezpieczenia chorobowego 23 osoby. Zatem w 2016 r. jest uprawniony do wypłaty zasiłków. Pomimo tego ZUS kontynuował wypłatę zasiłku chorobowego pracownikowi do zakończenia nieprzerwanej niezdolności do pracy, tj. do 10 stycznia 2016 r.

Pracownik ponownie choruje od 4 maja do 20 czerwca 2016 r. (48 dni). Z tego tytułu nabył prawo do wynagrodzenia chorobowego (od 4 maja do 5 czerwca br.), a następnie zasiłku chorobowego (od 6 do 20 czerwca br.). Płatnikiem zasiłku chorobowego jest pracodawca.

Przykład

Pracownik chorował od 4 listopada 2015 r. do 8 stycznia 2016 r. (66 dni), nabywając z tego tytułu prawo do zasiłku chorobowego. Pracodawca na dzień 30 listopada 2014 r. zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego 27 osób, w związku z tym wypłacił pracownikowi zasiłek chorobowy za okres od 4 listopada do 31 grudnia 2015 r.

Według stanu na dzień 30 listopada 2015 r. płatnik składek zgłosił do ubezpieczenia chorobowego 19 osób. W 2016 r. nie jest więc płatnikiem zasiłków, a tym samym wypłatę zasiłku chorobowego za okres od 1 do 8 stycznia 2016 r. (8 dni) przekazał do ZUS.

Zasiłki z ubezpieczenia chorobowego przysługujące za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia wypłaca ZUS właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej do zasiłku. Z tym że, jeżeli oddział ZUS właściwy ze względu na siedzibę płatnika składek, zobowiązany do wypłaty zasiłku w czasie trwania ubezpieczenia rozpocznie wypłatę zasiłku, kontynuuje tę wypłatę również za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego.

28. Artykuł 61a – uprawnienia ZUS do przetwarzania danych

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.

Na podstawie art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) ZUS jest uprawniony do przetwarzania danych ubezpieczonego, w których jest posiadaniem, w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do zasiłków, obliczenia podstawy ich wymiaru oraz wysokości.

29. Artykuł 61b – postępowanie w sprawie przyznania i wypłaty zasiłków

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.

Przepis ten określa zasady dotyczące postępowania w sprawie o ustalenie prawa do zasiłku oraz obliczenie jego wysokości. Wszczyna się je na wniosek złożony w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego, uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP, na elektroniczną skrzynkę podawczą ZUS. Forma jest zależna m.in. od rodzaju dokumentu otrzymanego przez pracownika potwierdzającego prawo do świadczenia (np. e-ZLA lub ZUS ZLA).

W celu przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego lub opiekuńczego przedkłada się:

płatnik	dowód do wypłaty zasiłku
płatnik składek posiadający profil informacyjny	zaświadczenie lekarskie w formie dokumentu elektronicznego, otrzymane na profilu informacyjnym lub wydruk zaświadczenia lekarskiego wydany na żądanie ubezpieczonego lub gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego, albo zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, gdy wystawienie e-zwolnienia nie jest możliwe
płatnik składek nieposiadający profilu informacyjnego	wydruk zaświadczenia lekarskiego wydany na żądanie ubezpieczonego lub gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego albo zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu, gdy wystawienie e-zwolnienia nie jest możliwe
ZUS	wydruk zaświadczenia lekarskiego wydany na żądanie ubezpieczonego lub gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego, zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu, gdy wystawienie e-zwolnienia nie jest możliwe albo wniosek złożony w formie pisemnej lub elektronicznej, przekazany przez ubezpieczonego albo płatnika składek upoważnionego przez ubezpieczonego

Wniosek o wypłatę zasiłku, składany w formie pisemnej lub elektronicznej zawiera:

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

Do wniosku dołącza się dokumenty niezbędne do przyznania i wypłaty zasiłku, określone przepisami rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków.

W przypadku ubezpieczonych, których płatnicy składek nie są uprawnieni do wypłaty zasiłków, płatnik składek przekazuje do ZUS:

- wniosek,
- wydruk zaświadczenia lekarskiego wydany na żądanie ubezpieczonego lub gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego albo
- zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu, gdy wystawienie e-zwolnienia nie jest możliwe,

wraz z dokumentami niezbędnymi do przyznania i wypłaty zasiłku niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.

Ważne: Płatnik składek (pracodawca) nieuprawniony do wypłaty zasiłków, jest zobowiązany do przekazania do ZUS dokumentów dotyczących wypłaty zasiłku w ciągu 7 dni od dnia ich otrzymania.

30. Artykuł 62 – obowiązek dostarczania wydruku zaświadczenia lekarskiego płatnikowi zasiłku

62. 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.

3. (uchylony)

4. Ubezpieczony, uprawniony do zasiłku macierzyńskiego z więcej niż jednego tytułu, jest obowiązany do poinformowania każdego płatnika zasiłku o prawie do zasiłku macierzyńskiego z innych tytułów oraz jego wysokości.

5. W przypadku gdy ubezpieczony jest uprawniony do zasiłku macierzyńskiego z więcej niż jednego tytułu, a łączna kwota wypłacanych zasiłków macierzyńskich jest niższa niż wysokość świadczenia rodzicielskiego, podwyższony zasiłek macierzyński, o którym mowa w art. 31 ust. 3a, wypłaca płatnik wskazany przez ubezpieczonego, z uwzględnieniem ust. 6.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, gdy jednym z płatników zasiłku jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych, podmiotem wypłacającym kwotę podwyższenia jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Ubezpieczony ma obowiązek dostarczenia odpowiedniego zaświadczenia lekarskiego:

- do ZUS – jeżeli płatnikiem zasiłku jest ZUS,
- płatnikowi składek – jeżeli płatnikiem zasiłku jest płatnik składek nieposiadający profilu informacyjnego płatnika składek.

Ubezpieczony, którego płatnik składek nie jest uprawniony do wypłaty zasiłków, który został poinformowany, w formie pisemnej, o obowiązku dostarczania płatnikowi składek:

- wydruku zaświadczenia lekarskiego wystawionego na żądanie ubezpieczonego lub gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego albo
- formularza zaświadczenia lekarskiego wydrukowanego z systemu, gdy wystawienie e-zwolnienia nie jest możliwe

dostarcza odpowiednio wydruk zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenie lekarskie płatnikowi składek. Płatnik przekazuje je niezwłocznie do ZUS, podając datę dostarczenia odpowiednio wydruku zaświadczenia lekarskiego albo zaświadczenia lekarskiego przez ubezpieczonego.

Ważne: W razie otrzymania zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy na druku ZUS ZLA, należy je dostarczyć płatnikowi zasiłków (odpowiednio pracodawcy lub ZUS) w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania.

Nieterminowe dostarczenie takiego zaświadczenia powoduje obniżenie zasiłku chorobowego o 25%, począwszy od ósmego dnia orzeczonej niezdolności do dnia jego dostarczenia. Dotyczy to wyłącznie zaświadczeń lekarskich wystawionych w formie papierowej na druku ZUS ZLA. Jako datę otrzymania zaświadczenia lekarskiego przyjmuje się datę jego wystawienia, chyba że ubezpieczony udowodni, że otrzymał zaświadczenie w terminie późniejszym. Przy obliczaniu terminu 7 dni przewidzianego na dostarczenie zaświadczenia lekarskiego nie uwzględnia się dnia, w którym ubezpieczony otrzymał to zaświadczenie. Jeżeli ostatnim dniem na dostarczenie zaświadczenia lekarskiego jest, np. sobota lub niedziela, termin 7 dni na dostarczenie zaświadczenia upływa z pierwszym dniem roboczym następującym po tych dniach. W przypadku przekazania zaświadczenia za pośrednictwem poczty, za datę dostarczenia zaświadczenia przyjmuje się datę stempla pocztowego.

31. Artykuł 63 – nadzór ZUS nad ustalaniem uprawnień do zasiłków

Art. 63. 1. Ubezpieczony może wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o ustalenie uprawnień do zasiłku, jeżeli uważa, że zostały naruszone jego uprawnienia w tym zakresie.

2. Z wnioskiem o ustalenie uprawnień do zasiłku przysługującego ubezpieczonemu może wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych także płatnik składek na ubezpieczenie chorobowe.

3. Środki odwoławcze od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określają odrębne przepisy.

Przepis ten daje ubezpieczonemu prawo występowania do ZUS z wnioskiem o ustalenie uprawnień do zasiłku, w sytuacji gdy uzna, że płatnik składek, będący jednocześnie płatnikiem zasiłku, naruszył jego uprawnienia w tym zakresie. Dotyczy to m.in. przypadków, gdy ubezpieczony stwierdzi, że płatnik zasiłku: błędnie ustalił prawo do zasiłku lub okres jego płatności, wypłacił zasiłek w nieprawidłowej wysokości bądź dokonał niesłusznych potrąceń z zasiłku.

Prawo wystąpienia do ZUS ma również płatnik upoważniony do wypłaty zasiłków.

ZUS rozstrzyga ewentualny spór pomiędzy stronami, ustalając uprawnienia do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego lub wymiar świadczeń. Rozstrzygnięcie to, w myśl art. 83 ust. 1 ustawy o sus, odbywa się w formie decyzji, od której przysługuje odwołanie do właściwego sądu w terminie i według zasad określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego. Odwołanie od decyzji organu rentowego (tj. ZUS) wnosi się na piśmie do organu, który wydał decyzję lub do protokołu sporządzonego przez ten organ, w terminie miesiąca od doręczenia decyzji. ZUS przekazuje niezwłocznie odwołanie wraz z aktami sprawy

do sądu z zachowaniem przepisów odrębnych. Z tym że, jeżeli ZUS uzna odwołanie w całości za słuszne, może zmienić lub uchylić zaskarżoną decyzję w terminie 14 dni od wniesienia odwołania. W tym przypadku odwołaniu nie nadaje się dalszego biegu. Natomiast, jeżeli odwołanie nie zostało w całości lub w części uwzględnione, ZUS przekazuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od wniesienia odwołania, sprawę do sądu wraz z uzasadnieniem. Sprawy o zasiłek chorobowy, wyrównawczy, opiekuńczy i macierzyński oraz o świadczenie rehabilitacyjne należą do właściwości sądów rejonowych (art. 477⁸ § 2 K.p.c.).

Odwołanie do sądu przysługuje również w razie niewydania przez ZUS decyzji w terminie 2 miesięcy, licząc od dnia zgłoszenia roszczenia. Wówczas odwołanie można wnieść w każdym czasie po upływie tego terminu.

32. Artykuł 64 – terminy wypłat zasiłków

Art. 64. 1. Płatnicy składek, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, wypłacają zasiłki w terminach przyjętych dla wypłaty wynagrodzeń lub dochodów, a Zakład Ubezpieczeń Społecznych bieżąco po stwierdzeniu uprawnień. Zasiłki te wypłaca się nie później jednak niż w ciągu 30 dni od daty złożenia dokumentów niezbędnych do stwierdzenia uprawnień do zasiłków.

2. Jeżeli płatnik składek nie wypłacił zasiłku w terminie, o którym mowa w ust. 1, jest on obowiązany do wypłaty odsetek od tego zasiłku w wysokości i na zasadach określonych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych.

Przepis art. 64 ustawy zasiłkowej rozstrzyga o terminie, w którym wypłacane są zasiłki. W myśl tego przepisu:

- 1) płatnik składek (który zgłasza do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych) wypłaca zasiłki w terminach przyjętych dla wypłaty wynagrodzeń lub dochodów,
- 2) ZUS wypłaca zasiłki na bieżąco po uprzednim stwierdzeniu uprawnień.

Jednocześnie wyznaczony został maksymalny termin wypłaty zasiłków, którym jest okres 30 dni od daty złożenia dokumentów niezbędnych do stwierdzenia uprawnień do zasiłków. Oznacza to, że zasiłki powinny być wypłacone przez właściwy podmiot (płatnika składek lub ZUS) najpóźniej w ciągu 30 dni od daty złożenia kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty danego zasiłku.

W praktyce ZUS przyjmuje termin realizacji zwolnienia lekarskiego jako 30 dni i liczy od następnego dnia po dacie złożenia dokumentów niezbędnych do wypłaty zasiłku. Natomiast w przypadku przedłożenia dokumentów koniecznych do wypłaty zasiłku przed upływem okresów, za które zasiłki te przysługują, maksymalny termin realizacji zwolnienia ustala na 30 dzień po upływie każdego kalendarzowego miesiąca, za który zasiłek przysługuje. Z wyjaśnienia tego wynika, że zasiłki z ubezpieczenia społecznego są wypłacane „z dołu”.

Ustęp 2 komentowanego przepisu stanowi, że jeżeli płatnik składek nie wypłacił zasiłku w określonym terminie (w terminie przyjętym dla wypłaty wynagrodzeń lub dochodów, nie później niż w ciągu 30 dni od daty złożenia dokumentów niezbędnych do stwierdzenia uprawnień), jest obowiązany do wypłaty odsetek od tego zasiłku w wysokości i na zasadach określonych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych, tj. w wysokości odsetek ustawowych. Wspomnijmy w tym miejscu, że w odniesieniu do ZUS (jako płatnika zasiłków), obowiązek wypłaty odsetek w wysokości odsetek ustawowych za nieustalenie prawa do świadc-

czenia lub niewypłacenie tego świadczenia w terminie wynika z art. 85 ust. 1 ustawy o sus. Wypłata odsetek przez ZUS nie dotyczy przypadku, gdy opóźnienie w przyznaniu lub wypłacie świadczenia jest następstwem okoliczności, za które ZUS nie ponosi odpowiedzialności. Zasadę tę odnosi się także do płatnika składek, który nie wypłacił zasiłku w terminie.

Szczegółowe zasady wypłacania odsetek zostały określone przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 lutego 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad wypłacania odsetek za opóźnienie w ustaleniu lub wypłacie świadczeń z ubezpieczeń społecznych (Dz. U. nr 12, poz. 104). W myśl § 2 tego rozporządzenia, odsetki wypłaca się za okres od dnia następującego po upływie terminu na ustalenie prawa do świadczeń lub ich wypłaty do dnia wypłaty świadczeń. Z tym że okres opóźnienia w wypłaceniu świadczeń okresowych (np. zasiłki macierzyńskie lub świadczenia rehabilitacyjne wypłacane w systemach miesięcznych) liczy się od dnia następującego po ustalonym terminie ich płatności. Jeżeli przepisy określające zasady przyznawania i wypłacania świadczeń przewidują termin na wydanie decyzji, to okres opóźnienia liczy się od dnia następującego po upływie terminu na wydanie decyzji. W razie gdy świadczenie jest wypłacane osobie uprawnionej za pośrednictwem poczty lub na rachunek bankowy, za dzień wypłaty świadczeń uważa się dzień przekazania należności na pocztę lub do banku. Kwotę odsetek można wyliczyć według wzoru:

$$O = \frac{K \times L \times R}{365 \times 100}$$

gdzie:

O – kwota odsetek od nieterminowo wypłaconego świadczenia,

K – kwota nieterminowo wypłaconego świadczenia,

L – liczba dni opóźnienia,

R – obowiązująca roczna stopa odsetek za zwłokę.

Odsetki wypłaca się z urzędu łącznie z wypłatą opóźnionego świadczenia. Jeżeli odsetki nie zostały wypłacone łącznie z wypłatą opóźnionego świadczenia, wypłaca się je:

- nie później niż łącznie z wypłatą świadczenia w następnym terminie jego płatności, gdy dotyczą świadczenia okresowego (np. zasiłku macierzyńskiego),
- niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 30 dni, gdy dotyczą świadczenia jednorazowego (np. zasiłek opiekuńczy).

33. Artykuł 65 – osoby upoważnione do pobrania zasiłku

Art. 65. 1. Zasiłki wypłaca się osobie, której zasiłki te przysługują, lub osobie przez nią upoważnionej albo osobie, do której ręk wypłaca się wynagrodzenie lub dochód ubezpieczonego.

2. W razie śmierci ubezpieczonego przed podjęciem należnego mu zasiłku, zasiłek wypłaca się osobom uprawnionym do podjęcia wynagrodzenia lub dochodu ubezpieczonego.

Zasiłki wypłaca się tej osobie, której one przysługują lub jak stanowi przepis ust. 1, w efekcie wyrażenia woli przez osobę uprawnioną, do ręk osoby przez nią upoważnionej. Zasiłek może być także wypłacony do ręk innej osoby, nawet bez wyrażenia woli osoby uprawnionej do zasiłku. Sytuacja taka ma miejsce, np. gdy w wyniku orzeczenia sądu wyn-

grodzienie (lub dochód) przysługujące jednemu z małżonków wypłacane jest do rąk drugiego małżonka (art. 28 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy – publikacja w Dz. U. z 2015 r. poz. 2082 ze zm.).

Ustęp 2 komentowanego artykułu przewiduje szczególną sytuację, w której wypłata zasiłku następuje do rąk innej osoby. Wiąże się to ze śmiercią ubezpieczonego przed podjęciem należnego mu zasiłku. Wówczas zasiłek wypłaca się osobom uprawnionym do podjęcia wynagrodzenia lub dochodu ubezpieczonego. Kto jest osobą upoważnioną, wynika z art. 63¹ § 2 K.p., zgodnie z którym prawa majątkowe ze stosunku pracy przechodzą po śmierci pracownika, w równych częściach, na małżonka oraz inne osoby spełniające warunki wymagane do uzyskania renty rodzinnej w myśl przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. W razie braku takich osób prawa te wchodzi do spadku.

34. Artykuł 66 – nienależnie pobrane zasiłki

Art. 66. 1. Wypłatę zasiłku wstrzymuje się, jeżeli prawo do zasiłku ustało albo okaże się, że prawo takie w ogóle nie istniało.

2. Jeżeli świadczenie zostało pobrane nienależnie z winy ubezpieczonego lub wskutek okoliczności, o których mowa w art. 15-17 i art. 59 ust. 6 i 7, wypłacone kwoty podlegają potrąceniu z należnych ubezpieczonemu zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

3. Decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie zwrotu bezpodstawnie pobranych zasiłków stanowi tytuł wykonawczy w postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Wypłata zasiłku zostaje wstrzymana w przypadku, gdy:

- prawo do zasiłku ustało (np. ubezpieczony odzyskał zdolność do pracy) lub
- okaże się, że prawo to nie istniało (np. ubezpieczony przedstawił sfałszowane zaświadczenie lekarskie).

W razie gdy prawo do zasiłku ustało, np. z powodu wyczerpania okresu płatności zasiłku (tj. 182 lub 270 dni), wstrzymanie wypłaty tego zasiłku jest konsekwencją utraty uprawnienia. Sytuacja ta nie jest tożsama z bezpodstawną wypłatą zasiłku, chyba że wstrzymanie wypłaty zasiłku nie nastąpiło jednocześnie z ustaniem prawa do tego zasiłku (np. okres płatności zasiłku wyczerpał się 20 maja 2016 r., natomiast płatnik dokonał wypłaty zasiłku do 31 maja 2016 r. – na taki bowiem okres pracownik dostarczył zaświadczenie lekarskie). Jeżeli zasiłek został pobrany nienależnie, tj.:

- z winy ubezpieczonego, np. na podstawie sfałszowanego zaświadczenia lekarskiego,
- w razie niezdolności do pracy spowodowanej w wyniku umyślnego przestępstwa lub wykroczenia popełnionego przez ubezpieczonego,
- za pierwsze 5 dni niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu,
- gdy ubezpieczony w okresie orzeczonej niezdolności do pracy wykonywał pracę zarobkową lub wykorzystywał zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z jego celem,
- gdy ubezpieczony nie poddał się badaniu przez lekarza orzecznika ZUS lub nie dostarczył wyników badań pomocniczych, uniemożliwił badanie,
- gdy lekarz orzecznik ZUS określił wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczone w zaświadczeniu lekarskim,

to wypłacone kwoty zasiłku podlegają potrąceniu z należnych zasiłków bieżących oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie egzekucji administracyjnej.

Potrącenie z należnych zasiłków ma zastosowanie, gdy ubezpieczony jest uprawniony do pobierania zasiłku za dalszy okres, tj. gdy istnieje źródło, z którego można dokonywać potrąceń (np. jest możliwe potrącenie nienależnego zasiłku chorobowego z bieżąco wypłacanego zasiłku macierzyńskiego).

W przypadku, gdy nienależnie wypłacony zasiłek nie może zostać zwrócony w drodze potrącenia (oraz nie zostanie zwrócony dobrowolnie przez ubezpieczonego), zwrot zasiłku może nastąpić w drodze egzekucji administracyjnej. Egzekucja administracyjna oznacza przymusowe dochodzenie zwrotu bezpodstawnie pobranych zasiłków w trybie procedury określonej w ustawie z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2016 r. poz. 599). Podstawę egzekucji stanowi tytuł wykonawczy. W sprawie zwrotu bezpodstawnie pobranych zasiłków tytułem wykonawczym w postępowaniu egzekucyjnym w administracji jest decyzja ZUS.

W tym miejscu należy wspomnieć, że w myśl art. 84 ust. 8 ustawy o sus, ZUS może odstąpić od żądania zwrotu kwot nienależnie pobranych świadczeń w całości lub części, jeżeli zachodzą szczególnie uzasadnione okoliczności.

35. Artykuł 67 – przedawnienie roszczeń o zasiłki

Art. 67. 1. Roszczenie o wypłatę zasiłku chorobowego, wyrównawczego, macierzyńskiego oraz opiekuńczego przedawnia się po upływie 6 miesięcy od ostatniego dnia okresu, za który zasiłek przysługuje.

2. (uchylony).

3. Jeżeli niezgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku nastąpiło z przyczyn niezależnych od osoby uprawnionej, termin 6 miesięcy liczy się od dnia, w którym ustała przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenie roszczenia.

4. Jeżeli niewypłacanie zasiłku w całości lub w części było następstwem błędu płatnika składek, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, albo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, roszczenie o wypłatę zasiłku przedawnia się po upływie 3 lat.

Przepis zawiera unormowanie kwestii przedawnienia roszczeń o wypłatę zasiłku chorobowego, wyrównawczego, macierzyńskiego oraz opiekuńczego. Przedawnienie odnosi się do zgłoszenia roszczenia o wypłatę zasiłku (czyli wniosku o realizację nabytego prawa) i oznacza, że nie można dochodzić praw do zasiłku po upływie okresu przedawnienia. Przypomnijmy, że ubezpieczony zgłasza roszczenie o zasiłek (np. chorobowy), przedstawiając zaświadczenie lekarskie wystawione przez upoważnionego lekarza na formularzu ZUS ZLA. Przepis art. 67 ust. 1 ustawy zasiłkowej stanowi (niezależnie od przepisu art. 62 ustawy zasiłkowej), że przedłożenie zaświadczenia lekarskiego powinno nastąpić nie później niż w ciągu 6 miesięcy od ostatniego dnia okresu, za który zasiłek przysługiwał. Po tym terminie roszczenie o zasiłek ulega przedawnieniu.

Przykład

Ubezpieczony sprawował osobistą opiekę nad chorym dzieckiem w okresie od 8 do 15 maja 2016 r. i spełniał warunki niezbędne do nabycia prawa do zasiłku opiekuńczego. Roszczenie o zasiłek opiekuńczy za wymieniony okres ulegnie przedawnieniu po upływie

6 miesięcy od ostatniego dnia orzeczonej niezdolności do pracy, tj. z dniem 16 listopada 2016 r.

Może się zdarzyć, że osoba uprawniona do zasiłku, z różnych niezależnych od niej przyczyn, nie miała możliwości wystąpienia z wnioskiem o wypłatę świadczenia. Wówczas termin 6 miesięcy należy liczyć od dnia, w którym ustała przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenie roszczenia. Przyczyny niezgłoszenia roszczenia o wypłatę zasiłku muszą stanowić rzeczywistą przeszkodę, niezależną od woli uprawnionego, która nie pozwoliła na wystąpienie z roszczeniem o zasiłek.

Przepis ten w ust. 4 rozszerza ochronę ubezpieczonego poprzez wydłużenie okresu przedawnienia roszczenia o zasiłek do trzech lat, w przypadku gdy niewypłacanie zasiłku w całości lub w części było następstwem błędu płatnika składek (mowa tu o płatniku uprawnionym do wypłaty świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, patrz komentarz do art. 61 ustawy zasiłkowej) albo ZUS. Oznacza to, że ubezpieczony ma możliwość wniesienia roszczenia o zasiłek w terminie trzech lat, jeżeli płatnik zasiłku popełnił błąd polegający na błędnym rozstrzygnięciu kwestii prawa do zasiłku i jego wysokości, jak również na błędnym działaniu w zakresie wypłacania zasiłku.

36. Artykuł 68 – uprawnienia płatników do kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy

Art. 68. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz płatnicy składek, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, są uprawnieni do kontrolowania ubezpieczonych co do prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem oraz są upoważnieni do formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich.

2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady i tryb kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich.

Przepis ustanawia kompetencje do kontrolowania zaświadczeń lekarskich oraz sprawdzania prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy na rzecz ZUS oraz płatników składek upoważnionych i zobowiązanych do ustalania prawa do zasiłków i ich wypłaty (patrz komentarz do art. 61 ustawy zasiłkowej).

Na podstawie delegacji zawartej w art. 68 ust. 2 ustawy zasiłkowej wydano rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz. U. nr 65, poz. 743). W myśl przepisów rozporządzenia, kontrolę prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy z powodu choroby lub konieczności sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad członkiem rodziny (a także formalną kontrolę zaświadczeń lekarskich stanowiących podstawę zwolnienia od pracy), dokonują płatnicy składek na ubezpieczenie chorobowe, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych oraz terenowe jednostki organizacyjne ZUS.

Należy nadmienić, że kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy podlegają również zaświadczenia, na podstawie których ubezpieczony zachowuje prawo do wynagrodzenia za pierwsze 33 dni choroby w roku kalendarzowym. Artykuł 92 § 3 K.p.

stanowi bowiem, że wynagrodzenie za czas choroby nie przysługuje w przypadkach, w których pracownik nie ma prawa do zasiłku chorobowego, a więc między innymi w przypadku nieprawidłowego wykorzystywania zwolnienia lekarskiego od pracy. Z tym że ZUS nie jest uprawniony do rozstrzygania sporu pomiędzy ubezpieczonym a pracodawcą w przypadku stwierdzenia przez pracodawcę, że ubezpieczony nieprawidłowo wykorzystywał zwolnienie od pracy w okresie pierwszych 33 dni niezdolności do pracy w roku kalendarzowym.

Kontrola formalna zaświadczeń lekarskich polega na sprawdzeniu czy:

- zaświadczenie nie zostało sfałszowane (podrobione lub przerobione) oraz
- zostało wydane zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim (Dz. U. z 2015 r. poz. 2013).

Jeżeli w wyniku kontroli, o której mowa, zachodzi podejrzenie, że zaświadczenie lekarskie zostało sfałszowane, płatnik składek występuje do lekarza, który wystawił druk ZUS ZLA, o wyjaśnienie sprawy. W razie potwierdzenia przez lekarza faktu sfałszowania tego zaświadczenia, zasiłek chorobowy nie przysługuje za cały okres niezdolności do pracy orzeczonej tym zaświadczeniem. Natomiast w razie podejrzenia, że zaświadczenie lekarskie wydane zostało niezgodnie z przepisami w sprawie zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, płatnik składek występuje o wyjaśnienie sprawy do oddziału ZUS.

Kontrola prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy z powodu choroby polega na ustaleniu, czy ubezpieczony w okresie orzeczonej niezdolności do pracy nie wykonuje pracy zarobkowej lub nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego od pracy w sposób niezgodny z jego celem.

Kontrolą tą obejmuje się również ubezpieczonych zwolnionych od pracy w wyniku decyzji wydanej przez właściwy organ albo uprawniony podmiot na podstawie przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych albo o zwalczaniu gruźlicy.

Kontrola prawidłowości wykorzystywania przez ubezpieczonych zwolnień lekarskich od pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny polega na ustaleniu, czy ubezpieczony nie wykonuje pracy zarobkowej, nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego od pracy niezgodnie z jego celem, a także czy poza ubezpieczonym nie ma innych członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mogących zapewnić opiekę. Przy czym pozostawanie we wspólnym gospodarstwie domowym innych członków rodziny nie pozbawia prawa do zasiłku z tytułu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat.

W myśl § 7 ww. rozporządzenia, kontrola prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy powinna być dokonywana w miarę potrzeby, bez ustalania z góry stałych jej terminów, a nasilana szczególnie w okresach, w których występuje zwiększona absencja z powodu choroby lub sprawowania opieki. W trakcie kontroli należy uwzględnić warunki życiowe i rodzinne kontrolowanej osoby. Dlatego też nie można uznać, że ubezpieczony nieprawidłowo wykorzystywał zwolnienie lekarskie od pracy, jeżeli w okresie orzeczonej niezdolności do pracy wykonywał czynności niezbędne do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, np. będąc osobą samotną (nawet obłożnie chorą) wyszedł do sklepu po produkty żywnościowe.

Kontrolę przeprowadza osoba upoważniona imiennie przez płatnika składek lub ZUS. Upoważnienie to uprawnia do wykonywania kontroli w miejscu zamieszkania, miejscu czasowego pobytu lub miejscu zatrudnienia osoby kontrolowanej.

W razie stwierdzenia w trakcie kontroli, że ubezpieczony w okresie orzeczonej niezdolności do pracy wykonuje pracę zarobkową lub wykorzystuje zwolnienie lekarskie niezgodnie z jego celem albo że poza ubezpieczonym są inni członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym, mogący zapewnić opiekę (np. niezatrudniony małżonek), osoba kontrolująca sporządza protokół, w którym podaje na czym polegało nieprawidłowe wykorzystywanie zwolnienia lekarskiego od pracy. Przypomnijmy, że konsekwencją nieprawidłowego wykorzystywania zwolnienia lekarskiego od pracy jest utrata prawa do zasiłku chorobowego (opiekuńczego) za cały okres tego zwolnienia (patrz: wyjaśnienia do art. 17 w I części naszego komentarza do ustawy zasiłkowej).

Należy zaznaczyć, że protokół przedkłada się ubezpieczonemu w celu wniesienia przez niego uwag.

Wszelkie wątpliwości powzięte przez płatnika składek lub przez ubezpieczonego objętego kontrolą dotyczące prawidłowości wykorzystywania zwolnienia lekarskiego rozstrzyga oddział ZUS, uzyskując w miarę potrzeby opinię lekarza leczącego.

37. Artykuł 69 – zastosowanie przepisów ustawy do świadczenia rehabilitacyjnego

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.

Przepis stanowi o odpowiednim stosowaniu do świadczenia rehabilitacyjnego przepisów dotyczących zasiłku chorobowego w zakresie ustalania prawa oraz wypłaty.

Zgodnie z tym przepisem:

- prawo do świadczenia rehabilitacyjnego i jego wysokość ustalają oraz świadczenie to wypłacają podmioty uprawnione do ustalania prawa i wysokości zasiłku chorobowego (patrz: komentarz do art. 61),
- ZUS ma prawo do przetwarzania danych i informacji niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, jego wysokości, podstawy wymiaru oraz do wypłaty,
- postępowanie w sprawie wypłaty zasiłku wszczyna się na wniosek złożony w formie pisemnej lub elektronicznej,
- płatnicy składek są zobowiązani wypłacać świadczenie rehabilitacyjne w terminach przyjętych dla wypłaty wynagrodzeń lub dochodów, natomiast ZUS dokonuje wypłat na bieżąco po stwierdzeniu uprawnień,
- niewypłacenie świadczenia rehabilitacyjnego w określonym terminie zobowiązuje płatnika świadczenia do wypłaty odsetek w wysokości i na zasadach określonych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych,
- świadczenie rehabilitacyjne wypłaca się osobie, której świadczenie to przysługuje lub osobie przez nią upoważnionej albo osobie, do której ręk wypłaca się wynagrodzenie lub dochód ubezpieczonego,
- w razie śmierci ubezpieczonego przed podjęciem należnego mu świadczenia rehabilitacyjnego, świadczenie to wypłaca się osobom uprawnionym do podjęcia wynagrodzenia lub dochodu ubezpieczonego,
- wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego wstrzymuje się, jeżeli prawo do świadczenia ustało albo okaże się, że prawo takie w ogóle nie istniało,

- bezpodstawnie wypłacone kwoty świadczenia podlegają potrąceniu z należnego ubezpieczonemu bieżącego świadczenia rehabilitacyjnego oraz z innych świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub ściągnięciu w trybie egzekucji administracyjnej, jeżeli wypłata nastąpiła: z winy ubezpieczonego lub w wyniku umyślnego przestępstwa albo wykroczenia popełnionego przez tego ubezpieczonego, wskutek niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu, lub jeżeli w okresie, na który przyznano świadczenie, ubezpieczony wykonywał pracę zarobkową lub wykorzystywał świadczenie w sposób niezgodny z celem tego świadczenia,
- decyzja ZUS stanowi tytuł wykonawczy w postępowaniu egzekucyjnym w administracji w sprawie zwrotu bezpodstawnie pobranego świadczenia rehabilitacyjnego,
- roszczenie o wypłatę świadczenia rehabilitacyjnego przedawnia się po upływie 6 miesięcy od ostatniego dnia okresu, za który świadczenie przysługuje, z tym że jeżeli niezgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia nastąpiło z przyczyn niezależnych od osoby uprawnionej, termin 6 miesięcy liczy się od dnia, w którym ustała przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenie roszczenia,
- jeżeli niewypłacanie świadczenia rehabilitacyjnego w całości lub w części było następstwem błędu płatnika składek uprawnionego do wypłaty świadczenia albo ZUS, roszczenie o wypłatę świadczenia przedawnia się po upływie 3 lat,
- ZUS oraz płatnicy składek upoważnieni do wypłaty świadczenia, są uprawnieni do kontrolowania ubezpieczonych co do prawidłowości korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego.

38. Artykuł 70 – dochodzenie zwrotu wypłaconych świadczeń

Art. 70. 1. Jeżeli niezdolność ubezpieczonego do pracy uzasadniająca wypłatę zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego została spowodowana przez inną osobę w wyniku popełnienia przez nią umyślnego przestępstwa lub wykroczenia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo płatnik składek, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, może dochodzić od sprawcy zwrotu wypłaconego zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego.

2. Okoliczności, o których mowa w ust. 1, stwierdza się na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu.

Przepis pozwala na dochodzenie zwrotu wypłaconego zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego w sytuacji, gdy niezdolność ubezpieczonego do pracy została spowodowana przez inną osobę w wyniku popełnienia przez nią umyślnego przestępstwa lub wykroczenia. Dochodzić wypłaconych świadczeń można wówczas od sprawcy umyślnego przestępstwa lub wykroczenia. Chodzi tu np. o sytuację, gdy niezdolność do pracy uzasadniająca wypłatę zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego była skutkiem pobicia osoby ubezpieczonej zakwalifikowanego jako przestępstwo umyślne lub wykroczenie. Okoliczności popełnienia umyślnego przestępstwa lub wykroczenia, w myśl ust. 2 komentowanego artykułu, stwierdza się na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu.

Wspomnijmy, że zgodnie z przepisem art. 9 Kodeksu karnego, umyślnym przestępstwem jest czyn zabroniony popełniony umyślnie, jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia (to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi). Natomiast czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć.

Przepis komentowanego art. 70 ustawy zasiłkowej nie może mieć zastosowania do wypłaty innych rodzajów zasiłków, tj. opiekuńczego i macierzyńskiego, bowiem okoliczności uzasadniające wypłatę tych zasiłków nie mogą być efektem oddziaływania osób trzecich mającego charakter umyślnego przestępstwa lub wykroczenia.

39. Artykuły 71-86

(pominięto)

40. Wskaźniki i stawki

1) Najniższa podstawa wymiaru świadczeń chorobowych dla pracowników

Lata pracy	1.01.2015 r. – 31.12.2015 r.	1.01.2016 r. – 31.12.2016 r.
Pierwszy rok	1.208,06 zł	1.277,09 zł
Drugi rok i kolejne	1.510,07 zł	1.596,36 zł
Podstawa prawna:	(Dz. U. z 2014 r. poz. 159)	(Dz. U. z 2016 r. poz. 372)

Uwaga: Dla pracowników „niepełnoetatowych” ww. kwoty zmniejsza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy.

Jeżeli podstawa wymiaru zasiłku obliczona zgodnie z art. 36-43 ustawy zasiłkowej jest niższa od najniższej, to podlega ona odpowiedniemu podwyższeniu do tej kwoty.

Podstawy tej nie podwyższa się jednak do kwoty najniższej, jeśli pracownik otrzymuje składniki wynagrodzenia, które nie są w niej uwzględniane, o ile podstawa ta obliczona wraz z tymi składnikami osiąga kwotę najniższą.

Kwoty najniższej podstawy wymiaru zasiłków nie dotyczą osób ubezpieczonych niebędących pracownikami (np. zleceniobiorców, prowadzących działalność).

2) Wysokość świadczeń

– stawka procentowa wynagrodzenia za czas choroby, zasiłków: chorobowego i opiekuńczego oraz świadczenia rehabilitacyjnego

wysokość świadczenia	rodzaj świadczenia
80%	wynagrodzenie i zasiłek chorobowy z tytułu "zwykłej" choroby, zasiłek opiekuńczy
100%	– wynagrodzenie i zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy: • spowodowanej wypadkiem w drodze do lub z pracy, • przypadającej na okres ciąży, • powstałej wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów, – świadczenie rehabilitacyjne z tytułu niezdolności do pracy przypadającej na okres ciąży – zasiłek chorobowy z ubezpieczenia wypadkowego oraz świadczenie rehabilitacyjne za okres choroby spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową

70%	zasiłek chorobowy za okres "zwykłej" choroby przypadającej na czas pobytu w szpitalu (nie dotyczy to pracownika, który ukończył 50 lat najpóźniej w roku poprzedzającym chorobę - za okres pobytu w szpitalu przypadającego od 15. do 33. dnia choroby w danym roku kalendarzowym otrzymuje on zasiłek w wysokości 80% podstawy wymiaru)
90%	świadczenie rehabilitacyjne za okres pierwszych 3 miesięcy (90 dni)
75%	świadczenie rehabilitacyjne za okres od 91. dnia do zakończenia okresu jego pobierania

– stawka procentowa zasiłku macierzyńskiego

wysokość zasiłku	od 2 stycznia 2016 r.
	okres wypłaty odpowiadający udzielonemu:
100%	okresowi urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego w wymiarze: – do 6 tygodni, w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie lub przyjęcia na wychowanie jednego dziecka, – do 8 tygodni, w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie lub jednoczesnego przyjęcia na wychowanie więcej niż jednego dziecka, – do 3 tygodni, w przypadku przyjęcia na wychowanie dziecka w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10. roku życia
100%	okresowi urlopu ojcowskiego
60%	okresowi urlopu rodzicielskiego przypadającego począwszy od odpowiednio: 7., 9., 4. tygodnia tego urlopu
80%	okresowi urlopu macierzyńskiego (na warunkach urlopu macierzyńskiego) oraz urlopu rodzicielskiego - o ile wniosek o wypłatę zasiłku za okres fakultatywnego urlopu zostanie złożony w ciągu 21 dni od porodu

– stawka świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przysługujących za jeden dzień

Jeśli podstawę wymiaru świadczeń stanowi kwota najniższa, to stawka dzienna „pełnoetatowego” pracownika w 2016 r. wynosi:

stawka dzienna	100%	90%	80%	75%	70%	60%
pierwszy rok pracy	42,57 zł	38,31 zł	34,06 zł	31,93 zł	29,80 zł	25,54 zł
drugi i następne lata pracy	53,21 zł	47,89 zł	42,57 zł	39,91 zł	37,25 zł	31,93 zł

3) Wskaźnik waloryzacji podstawy wymiaru zasiłku chorobowego

okres	1.07.2015 r. – 30.09.2015 r.	1.10. – 31.12.2015 r.	1.01. – 31.03.2016 r.	1.04. – 30.06.2016 r.
Wskaźnik (%)	107,2	97,8	96,1	105,5
Źródło:	(Mon. Pol. z 2015 r. poz. 413)	(Mon. Pol. z 2015 r. poz. 780)	(Mon. Pol. z 2015 r. poz. 1177)	(Mon. Pol. z 2016 r. poz. 181)

Uwaga: Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego podlega waloryzacji w kwartale, w którym wskaźnik przekracza 100%.

4) Kwoty wolne od potrąceń z zasiłków

okres	1.03.2016 r. - 28.02.2017 r.
20% najniższej emerytury	176,51 zł (882,56 zł x 20%)
50% najniższej emerytury	441,28 zł (882,56 zł x 50%)
60% najniższej emerytury	529,54 zł (882,56 zł x 60%)

Uwaga: Wolna od potrąceń i egzekucji jest kwota świadczenia w części odpowiadającej:

- 20% najniższej emerytury przy potrącaniu z tytułu odpłatności za pobyt osób uprawnionych do świadczeń w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- 50% najniższej emerytury przy potrącaniu lub egzekwowaniu sum ustalonych na mocy tytułów wykonawczych na zaspokojenie należności alimentacyjnych wraz z kosztami i opłatami egzekucyjnymi oraz sum egzekwowanych na mocy tytułów wykonawczych na zaspokojenie należności innych niż alimentacyjne,
- 60% najniższej emerytury przy potrącaniu innych należności.

UBEZPIECZENIA I PRAWO PRACY. DODATEK

Redakcja: Redaktor Naczelna: Małgorzata Kozłowska
Dodatek opracowała: Danuta Wrzask
adres: 66-400 Gorzów Wlkp., ul. Owocowa 8
e-mail: ubezpieczenia@gofin.pl

Wydawca: Wydawnictwo Podatkowe GOFIN sp. z o.o.
adres: 66-400 Gorzów Wlkp., ul. Owocowa 8
tel.: 95 720 85 40, faks 95 720 85 60

NAKŁAD **21 070**



PRENUMERATA 2016

szczegóły na www.sklep.gofin.pl

1	Numer kompletu	Komplety promocyjne z nagrodami na II półrocze 2016 r.	Cena promocyjna
	KOMPLET nr 1	Komplet czasopism (tab. 2 poz. 6) + Gazeta Podatkowa	1 177,00 zł
	KOMPLET nr 2	Komplet czasopism (tab. 2 poz. 6)	982,50 zł
	KOMPLET nr 3	Biuletyn Informacyjny (tab. 2 poz. 1) + Gazeta Podatkowa	469,00 zł

2	Lp.	Tytuł czasopisma	Cykl wydawniczy	PRENUMERATA 2016		
				IV-XII	II półrocze	III kwartał
	1.	Biuletyn Informacyjny dla Służb Ekonomiczno-Finansowych z comiesięcznym dodatkiem Serwis Podatkowy + on-line GRATIS!	co 10 dni	411,75 zł	274,50 zł	137,25 zł
	2.	Ubezpieczenia i Prawo Pracy + on-line GRATIS!	dwutygodnik	274,50 zł	183,00 zł	91,50 zł
	3.	Poradnik VAT + on-line GRATIS!	dwutygodnik	261,00 zł	174,00 zł	87,00 zł
	4.	Zeszyty Metodyczne Rachunkowości + on-line GRATIS!	dwutygodnik	270,00 zł	180,00 zł	90,00 zł
	5.	Przegląd Podatku Dochodowego + on-line GRATIS!	dwutygodnik	256,50 zł	171,00 zł	85,50 zł
	6.	KOMPLET CZASOPISM (poz. 1-5) + Serwis Głównego Księgowego GRATIS! + on-line GRATIS!	patrz poz. 1-5	1473,75 zł	982,50 zł	491,25 zł
	7.	Biuletyn Informacyjny dla Służb Ekonomiczno-Finansowych bez dodatku Serwis Podatkowy + on-line GRATIS!	co 10 dni	344,25 zł	229,50 zł	114,75 zł

Ceny zawierają podatek VAT. Koszty wysyłki pokrywa Wydawnictwo.

Warunkiem prenumeraty jest złożenie zamówienia (np. na www.sklep.gofin.pl) oraz **jednoczesne dokonanie wpłaty** na konto: Wydawnictwo Podatkowe GOFIN, BH Oddział w Gorzowie Wlkp., nr 14 1030 1133 0000 0000 3533 0000. Po otrzymaniu wpłaty wystawiamy fakturę.

Informacje o innych produktach: internetowy Serwis Głównego Księgowego, Czasopisma Księgowych on-line, Gazeta Podatkowa, segregatory i boksy dostępne są na stronie internetowej:

www.sklep.gofin.pl

Informacji udziela także **Biuro Obsługi Klienta** - tel. **95 720 85 40**, infolinia **800 162 732**

Publikacje zamieszczone w czasopiśmie nie stanowią opinii prawnych, urzędowej interpretacji przepisów ani innego oficjalnego stanowiska organów państwowych.

Wszelkie prawa zastrzeżone: kopiowanie, przedruk i rozpowszechnianie zabronione.