



www.gofin.pl

UBEZPIECZENIA I PRAWO PRACY

nr 20 (350)

Dwutygodnik

ISSN 1507-6962

10.10.2013 r.

Dodatek nr

19

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. 11
4. Artykuł 45 – najniższa podstawa wymiaru zasiłku chorobowego dla
pracowników str. 11
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. 16
8. Artykuł 49 – ustalanie podstawy wymiaru zasiłku dla osób niebędących
pracownikami w pierwszym miesiącu ubezpieczenia str. 19
9. Artykuł 50 – uwzględnianie w podstawie wymiaru zasiłku przychodu
zmniejszonego wskutek niewykonywania pracy str. 22
10. Artykuł 51 – uchylony str. 23
11. Artykuł 52 – zastosowanie innych przepisów ustawy zasiłkowej przy ustalaniu
podstawy wymiaru zasiłków dla osób niebędących pracownikami str. 23
12. Artykuł 52a – ustalanie podstawy wymiaru zasiłku dla poborowych
odbywających służbę zastępczą str. 26
13. Artykuł 53 – dokumentowanie prawa do zasiłków str. 26

14. Artykuł 54	– zasady wystawiania przez ZUS upoważnienia dla lekarzy do wystawiania zaświadczeń ZUS ZLA.....	str. 27
15. Artykuł 55	– dane zawarte w zaświadczeniu lekarskim.....	str. 28
16. Artykuł 56	– rejestr lekarzy prowadzony przez ZUS.....	str. 31
17. Artykuł 57	– kody literowe umieszczane w zaświadczeniu lekarskim	str. 32
18. Artykuł 58	– wystawianie zaświadczeń lekarskich	str. 34
19. Artykuł 59	– kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy.....	str. 36
20. Artykuł 60	– weryfikacja upoważnień do wystawiania zaświadczeń lekarskich wydanych przez ZUS	str. 45
21. Artykuł 61	– uprawnienia do wypłaty świadczeń	str. 46
22. Artykuł 62	– termin na dostarczenie zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA	str. 49
23. Artykuł 63	– nadzór ZUS nad ustalaniem uprawnień do zasiłków	str. 51
24. Artykuł 64	– terminy wypłat zasiłków.....	str. 52
25. Artykuł 65	– osoby upoważnione do pobrania zasiłku	str. 53
26. Artykuł 66	– nienależnie pobrane zasiłki	str. 54
27. Artykuł 67	– przedawnienie roszczeń o zasiłki	str. 55
28. Artykuł 68	– uprawnienia płatników do kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy.....	str. 56
29. Artykuł 69	– zastosowanie przepisów ustawy do świadczenia rehabilitacyjnego ..	str. 58
30. Artykuł 70	– dochodzenie zwrotu wypłaconych świadczeń.....	str. 59
31. Artykuły 71-84	– zmiany w przepisach obowiązujących.....	str. 60
32. Artykuł 85	– akty prawne, które utraciły moc obowiązującą	str. 60
33. Artykuł 86	– obowiązywanie przepisów ustawy.....	str. 60



Wydawnictwo Podatkowe GOFIN poleca

Autorski Program DRUKI GOFIN dostępny w dwóch wersjach:

- **WERSJA NIEKOMERCYJNA - DARMOWA** jest to dotychczasowa (unowocześniona) wersja Programu
- **WERSJA KOMERCYJNA - PŁATNA** (do celów zarobkowych) jest to nowa wersja Programu wprowadzona od 01.08.2013 r. o znacznie poszerzonej funkcjonalności

licencja na korzystanie z Programu DRUKI GOFIN w celach komercyjnych IV kwartał 2013 roku	
pierwsze stanowisko komputerowe	52 zł (brutto)
każde kolejne stanowisko komputerowe	37 zł (brutto)

Więcej informacji na www.druki.gofin.pl

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 2010 r. nr 77, poz. 512 z późn. zm.), dalej ustawy zasiłkowej. W sprawie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego obowiązują ponadto przepisy:

- rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. poz. 444),
- rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229).

Pierwszą część komentarza do ustawy zasiłkowej opublikowaliśmy w tym roku w dodatku nr 17 do „UiPP” nr 18. Obecnie prezentujemy drugą część wyjaśnień opartych na wymienionych wyżej aktach prawnych, komentarzu ZUS do ustawy zasiłkowej (dostępnego 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 września 2013 r.

Podstawę wymiaru tego wynagrodzenia stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, tj. za okres od września 2012 r. do sierpnia 2013 r. W podstawie wymiaru wynagrodzenia chorobowego należy uwzględnić premie miesięczne wypłacone za ten sam okres, tj. od września 2012 r. do sierpnia 2013 r.

Przykład

Pracownik otrzymujący wynagrodzenie godzinowe oraz premie miesięczne nabył prawo do zasiłku chorobowego za okres od 5 do 15 września 2013 r. Regulamin premiovania nie zawiera zapisu dotyczącego zmniejszania premii za okresy choroby.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, tj. za okres od września 2012 r. do sierpnia 2013 r. W podstawie wymiaru zasiłku nie należy uwzględniać premii miesięcznych.

Przykład

Pracownik zatrudniony od 6 maja 2013 r. nabył prawo do wynagrodzenia chorobowego za okres od 2 do 6 października 2013 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 stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od czerwca do września 2013 r. oraz premie miesięczne 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 października 2013 r.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od października 2012 r. do września 2013 r. oraz $1/12$ sumy kwot premii kwartalnych wypłaconych za IV kwartał 2012 r. oraz za I, II i III kwartał 2013 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 II kwartał 2013 r. Pracownik chorował w okresie od 19 do 25 września 2013 r.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od września 2012 r. do sierpnia 2013 r. oraz $1/12$ sumy kwot premii kwartalnych wypłaconych za III i IV kwartał 2012 r. oraz za I i II kwartał 2013 r., pomimo że za II kwartał 2013 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 kalendarzo-

wych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy, z których premia kwartalna podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku.

Przykład

Pracownik zatrudniony od 1 sierpnia 2013 r. choruje od 7 do 11 października 2013 r. Otrzymuje on wynagrodzenie w stałej miesięcznej wysokości oraz premie kwartalne ulegające zmniejszeniu za okresy nieobecności w pracy spowodowanej chorobą. Premię za III kwartał 2013 r. otrzymał w wysokości proporcjonalnej do okresu przepracowanego w tym kwartale, tj. za sierpień i wrzesień 2013 r.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od sierpnia do września 2013 r. oraz 1/2 kwoty premii kwartalnej wypłaconej za III kwartał 2013 r.

Przykład

Pracownik zatrudniony od 11 maja 2013 r. choruje od 7 do 11 października 2013 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 czerwca do września 2013 r. oraz*
- 1/4 sumy kwot premii wypłaconych za II i III kwartał 2013 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 października 2013 r. Wcześniej pracownik był nieobecny w pracy z powodu choroby w okresie od 5 stycznia do 24 lutego 2013 r. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi:

- przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od października 2012 r. do września 2013 r., z wyłączeniem wynagrodzenia za styczeń i luty 2013 r., w których pracownik przepracował mniej niż połowę obowiązującego go czasu pracy oraz
- 1/12 sumy kwot premii kwartalnych wypłaconych za IV kwartał 2012 r. oraz za I, II i III kwartał 2013 r., z tym że kwotę premii za I kwartał 2013 r. należy przyjąć po uprzednim uzupełnieniu.

3) Za okresy roczne – wlicza się do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przyjmowanego do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w wysokości stanowiącej 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 np. za okres od marca danego roku do lutego następnego roku kalendarzowego.

Przykład

Pracownik chorował w okresie od 16 do 25 września 2013 r. Obok wynagrodzenia zasadniczego w stałej miesięcznej wysokości pracownik otrzymuje nagrodę roczną, której wysokość ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do liczby dni nieobecności w pracy z powodu choroby.

Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres od września 2012 r. do sierpnia 2013 r. oraz 1/12 nagrody rocznej wypłaconej za 2012 r. (rok poprzedzający wrzesień 2013 r.).

Przykład

Pracownik zatrudniony od 12 czerwca 2012 r. chorował w okresie od 9 do 14 września 2013 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 września 2012 r. do sierpnia 2013 r. oraz 1/6 nagrody rocznej wypłaconej za 2012 r. (tj. proporcjonalnie do liczby pełnych kalendarzowych miesięcy przepracowanych w 2012 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 3 do 9 października 2013 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 stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres od października 2012 r. do września 2013 r. oraz 1/12 sumy kwot nagród półrocznych wypłaconych za II półrocze 2012 r. i I półrocze 2013 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 2 do 16 maja 2013 r. stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od maja 2012 r. do kwietnia 2013 r. oraz 1/12 nagrody rocznej za 2012 r. Nagroda roczna za 2012 r. przysługuje, lecz nie została wypłacona do czasu sporządzenia listy wypłat wynagrodzeń i zasiłków (tj. na dzień 31 maja 2013 r.), dlatego w podstawie wymiaru wynagrodzenia chorobowego została uwzględniona 1/12 kwoty nagrody rocznej wypłaconej za 2011 r. Wypłata nagrody za 2012 r., np. 8 lipca 2013 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 października 2013 r. był niezdolny do pracy z powodu choroby. Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres od października 2012 r. do września 2013 r., a także 1/12 sumy kwot premii wypłaconych za IV kwartał 2012 r. oraz za I, II i III kwartał 2013 r.

tał 2013 r. Premia za III kwartał 2013 r. przysługuje, lecz nie została wypłacona do czasu sporządzenia listy wypłat wynagrodzeń i zasiłków (tj. na dzień 31 października 2013 r.). W podstawie wymiaru wynagrodzenia chorobowego należy uwzględnić 1/12 sumy kwot wypłaconych premii za IV kwartał 2012 r. oraz za I i II kwartał 2013 r., z tym że premię za III kwartał 2013 r. należy 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. W przypadku gdy 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 października 2013 r. Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od października 2012 r. do września 2013 r. Oprócz wynagrodzenia zasadniczego pracownik ma prawo do rocznej nagrody z zysku. Za rok poprzedzający powstanie niezdolności do pracy, tj. za 2012 r., pracownik nie otrzymał tej nagrody, ponieważ decyzją zarządu zostało ustalone, że nagroda z zysku za 2012 r. nie zostanie wypłacona. 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 2011 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 2013 r. (tj. 33 dni). Podstawę wymiaru tego wynagrodzenia stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres od stycznia do grudnia 2012 r. (tj. za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy). Pracownik ponownie chorował od 30 maja do 5 czerwca 2013 r., nabywając prawo do zasiłku chorobowego.

Podstawę wymiaru zasiłku stanowiło to samo wynagrodzenie, które przyjęto do podstawy wymiaru wynagrodzenia chorobowego, ponieważ prawo do zasiłku chorobowego powstało po przerwie krótszej niż 3 miesiące kalendarzowe (przerwa w niezdolności do pracy trwała 2 miesiące kalendarzowe: marzec i kwiecień 2013 r.).

Kolejna niezdolność do pracy z powodu choroby trwa od 30 września do 15 października 2013 r. (powstała po przerwie trwającej 2 miesiące kalendarzowe, tj. lipiec i sierpień). Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od stycznia do grudnia 2012 r.

Przykład

Pracownikowi zatrudnionemu w pełnym wymiarze czasu pracy, od 1 września 2013 r. zmniejszono wymiar czasu pracy do 1/2 etatu. Pracownik chorował w okresie od 25 sierpnia do 30 września 2013 r. oraz od 2 do 31 października 2013 r.

Podstawę wymiaru świadczeń chorobowych za okres od 25 sierpnia do 30 września 2013 r. stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (tj. wynagrodzenie przed zmianą wymiaru czasu pracy). Natomiast podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego za okres od 2 do 31 października 2013 r. stanowi 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 4 miesiące świadczenie rehabilitacyjne, którego podstawa wymiaru podlegała waloryzacji (pierwszy dzień świadczenia rehabilitacyjnego przypadał w II kwartale 2013 r.). Do pracy wrócił 30 lipca 2013 r. i ponownie zachorował, nabywając prawo do wynagrodzenia chorobowego za okres od 1 do 30 października 2013 r.

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. Nr 200, poz. 1679, z 2004 r. Nr 240, poz. 2407 oraz z 2005 r. Nr 157, poz. 1314) – 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 (Dz. U. nr 200, poz. 1679 z późn. zm.), od dnia 1 stycznia 2013 r. minimalne wynagrodzenie pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy wynosi 1.600 zł. Z tym że minimalne wynagrodzenie pracownika w okresie pierwszego roku pracy nie może być niższe niż 80% wysokości minimalnego wynagrodzenia, tj. kwoty 1.280 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 skład-

ki 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 2013 r. podstawa wymiaru zasiłku chorobowego z tytułu pracy w pełnym wymiarze czasu pracy nie może być niższa od kwoty:

- 1.104,51 zł (tj. 1.280 zł pomniejszone o 13,71%) – dla pracowników w pierwszym roku pracy,
- 1.380,64 zł (tj. 1.600 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).

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:

- **3.740,05 zł** w okresie od 1 czerwca (III miesiąc kwartału) do 31 sierpnia 2013 r.
- 100% przeciętnego wynagrodzenia z I kwartału 2013 r.,
- **3.612,51 zł** w okresie od 1 września (III miesiąc kwartału) do 30 listopada 2013 r.
- 100% przeciętnego wynagrodzenia z II kwartału 2013 r.

Przykład

Pracownik choruje od 26 lipca do 24 października 2013 r. Podstawę wymiaru zasiłku stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres od lipca 2012 r. do czerwca 2013 r. w wysokości 4.314,50 zł. Z dniem 31 lipca 2013 r. z pracownikiem rozwiązano umowę o pracę, w związku z czym zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, czyli od 1 sierpnia 2013 r., wypłaca ZUS.

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

- 3.740,05 zł za okres od 1 do 31 sierpnia 2013 r.
- 3.612,51 zł za okres od 1 września do 24 października 2013 r.

W razie gdy niezdolność do pracy będzie trwała nieprzerwanie nadal, kolejna zmiana wysokości podstawy wymiaru będzie miała miejsce począwszy od 1 grudnia 2013 r. – do 100% przeciętnego wynagrodzenia z III kwartału 2013 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 wymiaru tych zasiłków 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 zbior-
-

rowych 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 czerwca 2013 r. (5 dni). Podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego stanowiło przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od czerwca 2012 r. do maja 2013 r. Następnie pracownica nabyła prawo do zasiłku opiekuńczego z tytułu sprawowania osobistej opieki nad chorym dzieckiem w okresie od 1 do

4 października 2013 r. (4 dni). Ponieważ przerwa między okresami pobierania wynagrodzenia chorobowego i zasiłku opiekuńczego trwała 3 miesiące kalendarzowe, tj. lipiec, sierpień i wrzesień, podstawę wymiaru zasiłku opiekuńczego ustalono ponownie. Stanowi ją przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od października 2012 r. do września 2013 r. (wynagrodzenie za czerwiec 2013 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 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, 43 i 46, z zastrzeżeniem art. 49 i 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,
- 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 czerwca 2013 r., podlegająca z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym (w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu), nabyła prawo do zasiłku chorobowego za okres od 4 do 10 listopada 2013 r. (7 dni). Podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętna podstawa wymiaru składek za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia chorobowego, tj. od czerwca do października 2013 r. Jako kwotę stanowiącą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne osoba ta deklarowała kwotę wyższą niż minimalna podstawa wymiaru obowiązująca w tym okresie, tj.:

Okres	Deklarowana podstawa wymiaru składek (zł)	Deklarowana podstawa wymiaru składek pomniejszona o kwotę składek (zł)	Procent, o który pomniejszono podstawę wymiaru składek
06/2013	3.000	2.588,70	13,71
07/2013	3.000	2.588,70	13,71
08/2013	4.000	3.451,60	13,71
09/2013	4.300	3.710,47	13,71
10/2013	4.300	3.710,47	13,71
Razem	18.600	16.049,94	

Przeciętny miesięczny przychód ubezpieczonego stanowiący podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za okres od czerwca do października 2013 r. wyniósł 3.209,99 zł (16.049,94 zł : 5 m-cy). Ubezpieczona za 7 dni listopada 2013 r. otrzyma zasiłek chorobowy w wysokości **599,20 zł**, zgodnie z wyliczeniem:

$3.209,99 \text{ zł} \times 80\% : 30 = 85,60 \text{ zł}$ (stawka dzienna),

$85,60 \text{ zł} \times 7 \text{ dni} = 599,20 \text{ zł}$.

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.

Przykład

Osoba wykonująca umowę zlecenia od 12 lipca 2013 r. (podlegająca z tego tytułu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu) chorowała od 22 do 29 października 2013 r. (8 dni). Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowił przeciętny miesięczny przychód za okres od sierpnia do września 2013 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 nominalami 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 października 2013 r. podlega z tego tytułu obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Wcześniej, do 30 września 2013 r., przez okres 2 lat, był zatrudniony na podstawie umowy o pracę. W okresie od 2 do 30 listopada 2013 r. (29 dni) choruje, nabywając prawo do zasiłku chorobowego. Do obliczenia podstawy wymiaru zasiłku zostanie przyjęty przychód za październik 2013 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 miesięcz-
-

nego 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 49 – ustalanie podstawy wymiaru zasiłku dla osób niebędących pracownikami w pierwszym miesiącu ubezpieczenia

Art. 49. Jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi:

- 1) najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, 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 na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, 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 – dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych,
- 4) przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek – dla osób wykonujących pracę nakładczą.

Przepis ten określa zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonych niebędących pracownikami w sytuacji, gdy niezdolność do pracy z powodu choroby powstanie w pierwszym kalendarzowym miesiącu 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 z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 z późn. zm.), dalej ustawy o sus. Dla osób:
 - dla których najniższą podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż kwota minimalnego wynagrodzenia, tj.:
 - wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym sto-

suje się przepisy dotyczące zlecenia, w której odpłatność określona została w inny sposób niż kwotowo, w kwotowej stawce godzinowej lub akordowej albo prowizyjnie,

- osób współpracujących przy wykonywaniu ww. umów cywilnoprawnych,
- duchownych,
- dla których najniższą podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 ustawy o sus na dany rok kalendarzowy (składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku), tj. prowadzących pozarolniczą działalność oraz osób z nimi współpracujących,
- prowadzących działalność gospodarczą uprawnionych do ulgi w opłacaniu składek.

Przykład

Ubezpieczony podlegający od 1 października 2013 r. ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej (do 30 września 2013 r. podlegał ubezpieczeniom społecznym jako pracownik) chorował od 15 do 19 października 2013 r. (5 dni).

*Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi najniższa podstawa wymiaru składek za październik 2013 r., po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki, tj. kwota **1.922,37 zł**, zgodnie z wyliczeniem: 2.227,80 zł – 305,43 zł (nawet, jeśli ubezpieczony zadeklarował za ten miesiąc wyższą podstawę wymiaru składek).*

- 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 5 października 2013 r. był niezdolny do pracy z powodu choroby od 9 do 27 października 2013 r. (19 dni), nabywając z tego tytułu prawo do zasiłku chorobowego (posiada nieprzerwany 90-dniowy okres ubezpieczenia chorobowego). Na rzecz danego płatnika składek wykonują pracę nakładczą jeszcze 4 osoby. Przeciętny miesięczny przychód za październik 2013 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 października 2013 r. otrzymał zasiłek chorobowy w kwocie **830,68 zł**, zgodnie z wyliczeniem:*

1.639,51 zł x 80% : 30 = 43,72 zł (stawka dzienna),

43,72 zł x 19 dni = 830,68 zł.

Uwaga! Od 1 grudnia 2013 r. zgodnie z przepisami ustawy z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. poz. 996) przepis ten otrzyma nowe brzmienie:

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 na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, 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 nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się odpowiednio przepis art. 37 ust. 1.

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

Art. 50. 1. Jeżeli w okresie, o którym mowa w art. 48, 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.

Komentowany 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 przyczyn określonych w tym przepisie. 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 choro-

- bowego 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 2 stycznia 2013 r. ubezpieczeniu społecznemu nabył prawo do zasiłku chorobowego za okres od 11 do 20 października 2010 r. (10 dni) Podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętny miesięczny przychód za pełne kalendarzowe miesiące ubezpieczenia, tj. od stycznia do października 2013 r. W okresie tym ubezpieczony nie wykonywał pracy:

- od 2 do 16 lutego 2013 r. z powodu choroby, za którą nie nabył prawa do zasiłku z uwagi na nieposiadanie okresu wyczekiwania,
- od 6 do 24 maja 2013 r. z powodu pobierania zasiłku chorobowego,
- od 2 do 13 sierpnia 2013 r. z powodu korzystania z urlopu bezpłatnego.

W związku z tym: w lutym i w maju 2013 r. wykonywał pracę przez okres krótszy niż połowa miesiąca, a w sierpniu 2013 r. przez więcej niż połowę miesiąca. W lutym 2013 r. ubezpieczony wykonywał pracę przez mniej niż połowę miesiąca, jednak 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). Z podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za 10 dni października 2013 r. wyłączono tylko przychód za maj 2013 r. Sumę przychodów za pozostałe miesiące podzielono przez 9 (przez pozostałą liczbę miesięcy po wyłączeniu maja 2013 r.).

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

10. Artykuł 51 – uchylony

11. Artykuł 52 – zastosowanie innych 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, 43, 48 ust. 1 oraz art. 49 i 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,
- podstawę wymiaru świadczeń za jeden dzień stanowi jedna trzydziesta część przychodu stanowiącego podstawę wymiaru świadczeń,
- podstawę wymiaru świadczeń 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,
- premie, nagrody i inne składniki przychodu przysługujące za okresy 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,
- premie, nagrody i inne składniki przychodu przysługujące za okresy 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, podstawę wymiaru zasiłku stanowi 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 pobierania 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 świad-

czenie 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.

12. 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. nr 223, poz. 2217 z późn. zm.), w miesiącu, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

13. 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, konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, pobyt w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej – są zaświadczenia lekarskie, o których mowa w art. 55.

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 stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (np. w szpitalu lub w klinice).

Jednocześnie dowody te stanowią podstawę do ubiegania się o zasiłek chorobowy lub opiekuńczy. Są to zaświadczenia lekarskie, wystawiane na odpowiednim druku, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229).

Załącznik nr 1 do tego rozporządzenia określa wzór druku zaświadczenia lekarskiego – ZUS ZLA. Zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich na druku ZUS ZLA oraz informacje zawarte w tych zaświadczeniach szczegółowo omówimy komentując art. 55, 57 i 58 ustawy zasiłkowej. Zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy wystawiają lekarze upoważnieni w tym celu przez ZUS (zasady udzielania upoważnień omówimy komentując art. 54 ustawy zasiłkowej).

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.

Z powyższego przepisu wynika, że prawo do zasiłku macierzyńskiego może zostać ustalone na podstawie dwóch różnych dokumentów, w zależności od tego czy prawo do zasiłku ustalane jest 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 ostemplowane przez lekarza pieczętą nagłówkową zakładu służby zdrowia (gabinetu lekarskiego) oraz pieczętą 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.

14. 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 których mowa w art. 55, lekarza, lekarza dentystę, felczera i starszego felczera po złożeniu przez niego pisemnego oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie może upoważnić do wystawiania zaświadczeń lekarskich, o których mowa w ust. 1, lekarzy i lekarzy dentystów 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 (patrz komentarz do art. 53 niniejszego opracowania). Przepis ten 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. Zgodnie z procedurą rejestracji lekarzy oraz udzielania im upoważnień do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy ustaloną przez ZUS w celu otrzymania upoważnienia, lekarz składa do ZUS wnioski na formularzu ZUS FZLA, którego druga część zawiera oświadczenie o przestrzeganiu zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy zasiłkowej (określonych w art. 55-59 ustawy zasiłkowej). Formularz ZUS FZLA zawiera dane identyfikacyjne i adresowe lekarza oraz dane o posiadanych specjalizacjach, a także m.in. informację o miejscu (lub miejscach) wykonywania zawodu i nazwę Okręgowej Izby Lekarskiej. Do wniosku o otrzymanie upoważnienia, lekarz dołącza kopię prawa wykonywania zawodu. Decyzję o upoważnieniu do wystawiania zaświadczeń lekarskich lub o odmowie wydania upoważnienia podejmuje główny lekarz orzecznik ZUS.

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 dentyistów w okresie odbywania stażu podyplomowego, którzy w celu odbycia stażu podyplomowego i złożenia egzaminu kończącego staż mają przyznane (przez okręgową radę lekarską) ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza albo ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty.

Upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy ZUS udziela w formie decyzji, o czym stanowi ust. 3 komentowanego art. 54 ustawy zasiłkowej. Decyzje o upoważnieniu do wystawiania zaświadczeń lekarskich lub odmowie wydania upoważnienia są przesyłane do adresata za pośrednictwem poczty.

Wspomnijmy, że o fakcie posiadania przez lekarza upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich świadczy numer identyfikacyjny nadany przez ZUS, który lekarz jest obowiązany umieścić na zaświadczeniu lekarskim. Jak już informowaliśmy w komentarzu do art. 53 ustawy zasiłkowej, lekarz, który nie został upoważniony do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy w celu udokumentowania prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, może wydać zaświadczenie o przewidywanej dacie porodu oraz zaświadczenie potwierdzające datę porodu.

15. Artykuł 55 – dane zawarte w zaświadczeniu lekarskim

Art. 55. 1. Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny, zwane dalej „zaświadczeniem lekarskim”, jest wystawiane na odpowiednim druku, według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 59 ust. 14.

2. Zaświadczenie lekarskie zawiera informacje identyfikujące ubezpieczonego, któremu zostało ono wystawione, jego płatnika składek, wystawiającego zaświadczenie lekarskie i jego miejsce wykonywania zawodu oraz:

- 1) okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, numer statystyczny choroby ustalonej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, kody literowe, o których mowa w art. 57, i wskazania lekarskie;**
- 2) okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny, datę urodzenia członka rodziny i jego stosunek pokrewieństwa z ubezpieczonym.**

3. Zaświadczenie lekarskie jest poufne.

4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje druki zaświadczeń lekarskich będące drukami ścisłego zarachowania.

5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rejestr zaświadczeń lekarskich zawierający informacje, o których mowa w ust. 2.

6. Wystawiający zaświadczenia lekarskie są obowiązani do zawiadamiania terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, która wydała druki zaświadczeń lekarskich, o każdym przypadku zagubienia, zaginięcia lub kradzieży druków zaświadczeń lekarskich.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz sposób dokumentowania orzeczonej niezdolności do pracy.

Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej albo konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny (w tym również chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat), jest wystawiane na odpowiednim druku. Jego wzór określono w przepisach wydanych na podstawie art. 59 ust. 14 ustawy zasiłkowej, tj. w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229).

Zaświadczenie lekarskie wystawione na druku ZUS ZLA zawiera informacje, o których mowa w art. 55 ust. 2 ustawy zasiłkowej, określające:

- ubezpieczonego, któremu zostało wystawione oraz jego dane adresowe,
- oznaczenie płatnika składek (NIP),
- identyfikator lekarza oraz
- okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej,
- numer statystyczny choroby ustalonej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, który zgodnie z art. 58 ust. 2 ustawy zasiłkowej wpisuje się tylko na oryginale i na drugiej kopii zaświadczenia,
- kody literowe, o których mowa w art. 57 ustawy zasiłkowej i wskazania lekarskie, tj. chory „może chodzić” lub „powinien leżeć”.

Jeżeli zaświadczenie lekarskie zostało wystawione z tytułu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym dzieckiem lub chorym członkiem rodziny, w zaświadcze-

niu tym lekarz wpisuje datę urodzenia członka rodziny i jego stosunek pokrewieństwa z ubezpieczonym.

Ważne: W zaświadczeniach ZUS ZLA nie podaje się liczby dni niezdolności do pracy orzeczonej danym zaświadczeniem, za wyjątkiem liczby dni pobytu w szpitalu przypadającego na okres wystawionego zaświadczenia.

Przepisy ww. rozporządzenia określają także tryb wystawiania zaświadczeń lekarskich. Zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub konieczności osobistego sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny, wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny. Przy wystawianiu ubezpieczonemu zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby należy brać pod uwagę stan zdrowia ubezpieczonego, z uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy.

Zaświadczenie lekarskie, na druku ZUS ZLA, 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 być wystawione na okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie (pod warunkiem, że wyniki badania wykazują, iż ubezpieczony w tym okresie niewątpliwie był 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.

Należy wspomnieć, że starszy felczer albo felczer może wydać ubezpieczonemu orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy jednorazowo do 7 dni, z tym że łącznie orzeczony okres niezdolności do pracy nie może być dłuższy niż 14 dni (art. 3a ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, opublikowanej w Dz. U. z 2012 r. poz. 1133). 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.

Ubezpieczonemu podlegającemu ubezpieczeniu chorobowemu z dwóch lub więcej tytułów (np. z tytułu wykonywania zatrudnienia u dwóch pracodawców), upoważniony lekarz wystawia, na wniosek ubezpieczonego, odpowiednią liczbę zaświadczeń lekarskich. Natomiast w razie zagubienia zaświadczenia lekarskiego lekarz, który wydał zagubione zaświadczenie (również na wniosek ubezpieczonego), sporządza wypis z kopii tego zaświadczenia. Jak informuje ZUS, w przypadku zagubienia przez ubezpieczonego zaświadczenia lekarskiego, lekarz sporządza kserokopię z posiadanego w swojej dokumentacji zaświadczenia lekarskiego

i potwierdza ją za zgodność z oryginałem, nie podając jednak numeru statystycznego choroby będącej przyczyną niezdolności do pracy.

Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy jest poufne i podlega ochronie określonej w przepisach ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Druki zaświadczeń lekarskich będące drukami ścisłego zarachowania wydaje ZUS, który prowadzi również rejestr zaświadczeń lekarskich. Rejestr ten zawiera informacje, o których mowa w ust. 2 komentowanego artykułu, tj. m.in. dane identyfikujące ubezpieczonego, lekarza i płatnika składek.

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.

Artykuł 55 ust. 6 ustawy zasiłkowej nakłada na lekarzy wystawiających zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy obowiązek zawiadamiania placówek ZUS, które wydały druki zaświadczeń lekarskich, o przypadkach zagubienia lub kradzieży zaświadczeń lekarskich. W praktyce ma to zapobiegać wypłacie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przy wykorzystaniu zagubionych (lub skradzionych) druków zaświadczeń lekarskich.

Na podstawie delegacji w art. 55 ust. 7, Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, wydał rozporządzenie z dnia 22 lipca 2005 r. określające szczegółowe zasady orzekania o czasowej niezdolności do pracy. Rozporządzenie zostało opublikowane w Dz. U. nr 145, pod poz. 1219.

16. 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 identyfikacyjny;**
- 2) numer prawa wykonywania zawodu;**
- 3) imię i nazwisko;**
- 4) nr PESEL;**
- 5) NIP;**
- 6) rodzaj i stopień specjalizacji;**
- 7) miejsce wykonywania zawodu;**
- 8) nazwę i siedzibę właściwej izby lekarskiej;**
- 9) informację o wydanych drukach zaświadczeń lekarskich;**
- 10) informację o cofnięciu upoważnienia, o którym mowa w art. 54.**

3. Osoby wymienione w ust. 1 są obowiązane podawać informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2-8, oraz o wszelkich zmianach w tym zakresie.

4. Numer identyfikacyjny wpisuje się w zaświadczeniu lekarskim.

5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

- 1) udostępnia Naczelnej Radzie Lekarskiej 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.**

6. Numer identyfikacyjny jest tożsamy z numerem prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, felczera i starszego felczera.

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 (patrz też komentarz do art. 54 ustawy zasiłkowej).

W przepisie art. 56 ustawy zasiłkowej sprecyzowano dane, podlegające wpisowi do rejestru, które dotyczą m.in. danych identyfikacyjnych lekarza upoważnionego do wystawiania zaświadczeń (imię i nazwisko, PESEL, NIP), rodzaju i stopnia specjalizacji, miejsca wykonywania zawodu. W rejestrze ZUS uwzględnia również informacje o wydanych lekarzowi drukach zaświadczeń lekarskich, a także informację o cofnięciu upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich (co zostanie omówione w komentarzu do art. 60 ustawy zasiłkowej). Jednocześnie w art. 56 ust. 3 ustawy zasiłkowej ustawodawca zobowiązał lekarzy uprawnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich, do informowania ZUS o wszelkich zmianach dotyczących ich danych podlegających wpisowi do rejestru. Numerem identyfikacyjnym nadanym lekarzowi z chwilą wpisu do rejestru, lekarz jest zobowiązany posługiwać się przy wystawianiu zaświadczeń lekarskich (wpisując go w zaświadczeniu ZUS ZLA).

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

Numer identyfikacyjny jest tożsamy z numerem prawa wykonywania zawodu lekarza, co wynika z ust. 6 komentowanego artykułu.

17. 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 stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość w myśl 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. Kody te wpisuje lekarz w polu 13 zaświadczenia lekarskiego wydanego na druku ZUS ZLA, wyłącznie w przypadkach zaistnienia sytuacji wymienionych przy określonych literach kodu. W innych niż określone przypadkach, np. gdy niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem, 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 powstałą 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. Nadmienmy, że 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). Ponieważ kody literowe nie zawsze są przez lekarzy stosowane, ZUS zaleca, 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. W myśl ust. 38 komentarza ZUS do ustawy zasiłkowej, 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 i jednocześnie 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 ubezpieczonego 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, je-

zeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała nie później 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.

18. Artykuł 58 – wystawianie zaświadczeń lekarskich

Art. 58. 1. Zaświadczenie lekarskie wystawia się z dwiema kopiami:

- 1) oryginał zaświadczenia lekarskiego wystawiający zaświadczenie przesyła, w ciągu 7 dni od dnia wystawienia zaświadczenia, bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;**
- 2) pierwszą kopię zaświadczenia lekarskiego otrzymuje ubezpieczony;**
- 3) drugą kopię wystawiający zaświadczenie przechowuje przez okres 3 lat.**

2. Kody literowe, o których mowa w art. 57, wpisuje się odpowiednio na oryginale i na kopiach zaświadczenia lekarskiego, a numery statystyczne choroby ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, tylko na oryginale i na drugiej kopii.

Przepis zobowiązuje lekarzy wystawiających zaświadczenia lekarskie, do wystawiania tych zaświadczeń w trzech egzemplarzach (tj. z dwiema kopiami).

Oryginał zaświadczenia (druk ZUS ZLA w kolorze czerwonym) przeznaczony jest dla ZUS i umożliwia sprawowanie przez ZUS kontroli nad prawidłowością wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy. Lekarz wystawiający zaświadczenie ma obowiązek przekazania oryginału zaświadczenia do ZUS w terminie 7 dni od dnia wystawienia tego zaświadczenia (za wypełnienie tego obowiązku lekarz ponosi indywidualną odpowiedzialność). Przekazanie to może odbyć się w sposób wybrany przez lekarza, tj. również za pośrednictwem poczty, z tym że przepisy nie przewidują zwrotu kosztów przesłania przesyłki przez lekarza. Obowiązek przesłania zaświadczenia lekarskiego do ZUS ciąży nie tylko na lekarzu prowadzącym prywatną praktykę lekarską, lecz również na lekarzu zatrudnionym na podstawie umowy o pracę w zakładzie opieki zdrowotnej (upoważnienie do wystawiania zaświadczeń otrzymuje bowiem lekarz, a nie zakład opieki zdrowotnej) i to na lekarzu ciążyą zobowiązania wynikające z wystawiania zaświadczeń. W praktyce, zakład opieki zdrowotnej zatrudniający lekarza, organizuje przesyłanie zaświadczeń wystawionych przez zatrudnionych lekarzy we własnym zakresie.

Pierwszą kopię zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA w kolorze jasnozielonym) lekarz wystawiający wręcza ubezpieczonemu, natomiast druga kopia zaświadczenia pozostaje u lekarza wystawiającego to zaświadczenie, który jest zobowiązany przechowywać ją przez okres trzech lat.

Komentowany przepis wskazuje też zasady wpisywania na zaświadczeniach lekarskich o czasowej niezdolności do pracy kodów literowych i numerów statystycznych chorób. Kody literowe A, B, C, D i E (omówione w komentarzu do art. 57 niniejszego opracowania) wpisuje się na wszystkich egzemplarzach zaświadczenia, tj. na oryginale i na obydwu kopiach. Numer statystyczny choroby, określony w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, umieszcza się tylko na oryginale i na drugiej kopii zaświadczenia lekarskiego (tj. na egzemplarzu przeznaczonym dla ZUS oraz na pozostającym u lekarza wystawiającego zaświadczenie).

W sprawie wypełniania formularzy zaświadczeń lekarskich na druku ZUS ZLA, szczególnie w przypadku popełniania błędów przez lekarzy, ZUS wypowiadał się kilkakrotnie:

- **w przypadku korekty danych na zaświadczeniu lekarskim**, ZUS wyjaśnił: „(...) Jeżeli ubezpieczony zgłosi się do lekarza z pierwszą kopią zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA aby dokonać korekty danych np. numeru PESEL, to:
 - a) W sytuacji gdy oryginał zaświadczenia lekarskiego nie został jeszcze odesłany do ZUS-u, lekarz powinien dokonać korekty na wszystkich trzech egzemplarzach zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA.
 - b) W sytuacji, gdy oryginał zaświadczenia lekarskiego został już przesłany do ZUS-u, lekarz powinien dokonać korekty na kopii, z którą zgłosił się pacjent i na drugiej kopii, która została w dokumentacji lekarza. Jednocześnie lekarz powinien krótkim pisemnym oświadczeniem (podając swoje imię, nazwisko, identyfikator oraz serię i numer zaświadczenia lekarskiego) poinformować ZUS o treści dokonanej korekty na obydwu kopiach.
 W przypadku dokonania korekty lekarz powinien umieścić obowiązkowo swoją parafkę przy każdej skorygowanej pozycji. (...);
- **w razie pomyłki lekarza przy wydawaniu zaświadczenia**, ZUS poinformował: „(...) Jeżeli w wyniku pomyłki lekarza, ubezpieczony otrzymał oryginał zaświadczenia natomiast kopia została przekazana do ZUS-u to, oryginał zaświadczenia stanowi podstawę do wypłaty zasiłku (...);
- **w przypadku zagubienia zaświadczenia lekarskiego przez pacjenta**, zdaniem ZUS: „(...) W przypadku zagubienia przez ubezpieczonego 1-szej kopii zaświadczenia lekarskiego powinien on stawić się do lekarza celem wystawienia duplikatu. Duplikat lekarz powinien wystawić zgodnie z § 5 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej (...) na wniosek ubezpieczonego, sporządzając wypis z kopii tego zaświadczenia. Lekarz sporządza wypis z kopii na zwykłej kartce papieru, na którą przeniesie wszystkie dane pacjenta, potwierdzając je podpisem oraz pieczętą imienną. (...)”. Aby uprościć procedurę wystawiania duplikatów zaświadczeń lekarskich w przypadku zagubienia dokumentu przez ubezpieczonego, ZUS dopuszcza również możliwość sporządzenia kserokopii wydanego zaświadczenia i potwierdzenia jej za zgodność z oryginałem przez lekarza wystawiającego zaświadczenie pod warunkiem, że kserokopia zaświadczenia nie będzie zawierała numeru statystycznego choroby będącej przyczyną niezdolności do pracy, który jest objęty tajemnicą (numer ten wystarczy zaślonąć przy sporządzaniu kserokopii);
- **w przypadku błędu lekarza popełnionego przy wystawianiu zaświadczenia**, może ono zostać anulowane. Wówczas pierwszą stronę anulowanego zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA, lekarz przesyła do ZUS. Druk anulowanego zaświadczenia należy przekreślić i opisać drukowanymi literami: „ANULOWANO” oraz zaparafować.

19. 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 wręcza w dniu badania ubezpieczonemu, informując go równocześnie o konieczności doręczenia zaświadczenia pracodawcy.

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.

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. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady i tryb wystawiania zaświadczeń lekarskich oraz wzory zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

15. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określa, w drodze rozporządzenia, inne wymagane dowody stanowiące podstawę przyznania i wypłaty zasiłków.

Przepis wprowadza procedurę kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich przez upoważnionych lekarzy. 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 (co omówimy komentując art. 68 ustawy zasiłkowej).

Komentowany artykuł w ust. 3 określa 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 (art. 59 ust. 4 ustawy zasiłkowej).

Artykuł 59 ust. 5 ustawy zasiłkowej określa zasady wzywania i powiadamiania ubezpieczonego o terminie badania. 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. Skutki te zostały określone w ust. 6 i 10 komentowanego artykułu.

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 (ust. 10). Pomimo, iż utrata prawa do zasiłku chorobowego następuje w tym wypadku z mocy prawa, ZUS zobowiązany jest do wydania decyzji 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 jednak 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, co omówimy komentując art. 66 ustawy zasiłkowej.

Zaświadczenie lekarskie traci ważność od następnego dnia po dniu badania przez lekarza orzecznika również w przypadku, o którym mowa w ust. 7 komentowanego artykułu, tj. jeżeli 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 jest zobowiązany wystawić 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.). Zaświadczenie, o którym mowa, lekarz orzecznik ZUS wystawia na druku o symbolu ZUS ZLA/K i wręcza w dniu badania ubezpieczonemu, informując go równocześnie o konieczności doręczenia tego zaświadczenia pracodawcy. Ponadto o fakcie wystawienia przez lekarza orzecznika zaświadczenia stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy, ZUS powiadamia lekarza, który wystawił ubezpieczonemu zwolnienie. 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). Wspomnijmy, że środki odwoławcze od decyzji ZUS omówimy w komentarzu do art. 63 ustawy zasiłkowej.

Artykuł 59 ust. 12 ustawy zasiłkowej stanowi, że kontroli wykonywanej przez lekarzy orzeczników ZUS, w trybie przewidzianym w komentowanym artykule, podlegają również za-

świadczenia 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).

Ustęp 14 komentowanego artykułu stanowi delegację dla ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, na podstawie której, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Minister Pracy i Polityki Socjalnej wydał rozporządzenie z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229). W rozporządzeniu określono wzór druku zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy (ZUS ZLA) oraz wzór druku zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika ZUS (ZUS ZLA/K). Tryb wystawiania zaświadczeń lekarskich szczegółowo omawialiśmy komentując art. 55 ustawy zasiłkowej.

Na podstawie delegacji ust. 15 komentowanego art. 59 ustawy zasiłkowej, Minister Pracy i Polityki Socjalnej wydał rozporządzenie z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. poz. 444), w którym określił inne dowody, oprócz zaświadczenia lekarskiego na druku ZUS ZLA, wymagane do uzyskania zasiłków z ubezpieczenia chorobowego. Na stronie internetowej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej znajduje się projekt z dnia 2 lipca 2013 r., wprowadzający zmiany do ww. rozporządzenia, w szczególności wynikające z konieczności określenia nowych dowodów do wypłaty zasiłku macierzyńskiego (w związku z wprowadzeniem urlopów rodzicielskich).

Dowód wymagany przy ubieganiu się o wypłatę świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, tj. zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego (a także zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego), w przypadku gdy płatnikiem tych zasiłków jest ZUS, stanowi:

- zaświadczenie płatnika składek wystawione na druku ZUS Z-3, jeżeli ubezpieczony jest (lub był) pracownikiem, albo
- zaświadczenie płatnika składek na druku ZUS Z-3a, w przypadku ubezpieczonego niebędącego pracownikiem,
- zaświadczenie płatnika składek na druku ZUS Z-3b w przypadku osoby wykonującej pozarolniczą działalność, osoby z nią współpracującej oraz osoby duchownej.

Zaświadczenia te zawierają wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego obliczenia i wypłacenia zasiłków. Ponadto przepisy rozporządzenia przewidują również inne dowody, oprócz zaświadczeń lekarskich na druku ZUS ZLA i zaświadczeń płatnika składek, o których mowa wyżej, wymagane przy ustalaniu prawa do zasiłków.

I tak do wypłaty:

1) zasiłku chorobowego:

- po ustaniu zatrudnienia (ubezpieczenia), oprócz ww. dokumentów, dowodem jest również oświadczenie osoby występującej o zasiłek (złożone na druku ZUS Z-10) o zaprzestaniu i niepodjęciu działalności zarobkowej stanowiącej tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającej

prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby, o nieustaleniu prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, o niepodleganiu obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników określonego w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników,

- jeżeli zaświadczenie lekarskie obejmuje okres, za który ubezpieczonemu przysługuje wynagrodzenie, a następnie zasiłek chorobowy wypłacany przez ZUS (lub zasiłek chorobowy wypłacany przez płatnika składek, a następnie zasiłek chorobowy wypłacany przez ZUS), płatnik składek po wypłaceniu wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego przekazuje oryginał zaświadczenia lekarskiego do ZUS,
- za okres niezdolności do pracy orzeczonej za granicą 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; tłumaczenia na język polski nie stosuje się do zaświadczeń wystawionych na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej oraz państw – stron umów międzynarodowych w zakresie zabezpieczenia społecznego, których stroną jest Rzeczpospolita Polska, o ile zostały wystawione w językach urzędowych tych państw,
- jeżeli niezdolność do pracy powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy, a ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy z więcej niż jednego tytułu, dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru jest kopia karty wypadku w drodze do pracy lub z pracy potwierdzona przez płatnika składek za zgodność z oryginałem;
- jeśli niezdolność do pracy wynika z następstw stwierdzonego wcześniej wypadku w drodze do pracy lub z pracy, dowodem stanowiącym podstawę przyznania i wypłaty zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru jest zaświadczenie lekarskie wystawione na zwykłym druku, stwierdzające związek tej niezdolności do pracy z wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy;

2) świadczenia rehabilitacyjnego:

- dowodem do przyznania świadczenia jest wniosek w sprawie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego składany na druku ZUS Np-7 i zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego; ponadto przedkłada się odpowiednio:
 - wywiad zawodowy z miejsca pracy (chyba że niezdolność do pracy powstała po ustaniu ubezpieczenia, lub wniosek składa osoba prowadząca pozarolniczą działalność),
 - protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartę wypadku (jeśli niezdolność do pracy powstała wskutek wypadku przy pracy),
 - decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej wydaną przez inspektora sanitarnego (w przypadku choroby zawodowej);
 - za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego – dodatkowo dowodem jest oświadczenie o zaprzestaniu prowadzenia działalności stanowiącej tytuł do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego o niekontynuowaniu lub o niepodjęciu
-

innej działalności zarobkowej oraz o braku uprawnień do emerytury lub renty, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, niepodleganiu obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników (druk ZUS Z-10);

3) zasiłku macierzyńskiego:

- dowodem jest odpowiednio zaświadczenie lekarskie stwierdzające przewidywaną datę porodu (dotyczy wypłaty zasiłku macierzyńskiego za okres przed przewidywaną datą porodu) oraz skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub jego kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem (dokument wymagany do wypłaty zasiłku macierzyńskiego począwszy od dnia porodu), a także – w razie wypłaty zasiłku macierzyńskiego przez ZUS – zaświadczenie pracodawcy o okresie udzielonego urlopu macierzyńskiego,
- po skróceniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną-matkę dziecka jest jej pisemny wniosek zawierający datę, od której rezygnuje ona z pobierania zasiłku macierzyńskiego oraz oświadczenie, od kiedy ubezpieczony-ojciec dziecka będzie korzystał z uprawnień do zasiłku macierzyńskiego; w razie wypłaty zasiłku przez ZUS – zaświadczenie pracodawcy o terminie zaprzestania korzystania z urlopu macierzyńskiego,
- ubezpieczonemu-ojcu dziecka za okres sprawowania opieki nad dzieckiem, w czasie pobytu ubezpieczonej-matki dziecka w szpitalu, w przypadku gdy ze względu na stan zdrowia nie może ona sprawować osobistej opieki nad dzieckiem i wykorzystać urlop macierzyński w wymiarze 8 tygodni po porodzie, wymagane są:
 - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub jego kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem,
 - zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie przysługującego i wypłaconego matce dziecka zasiłku macierzyńskiego oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał ubezpieczonej matce dziecka,
 - zaświadczenie o terminie przyjęcia ubezpieczonej matki dziecka do szpitala i kolejne o terminie jej wypisania – wystawione przez szpital;
- za okres przerwy w wypłacie zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonej-matce dziecka w związku z jej pobytem w szpitalu służy:
 - zaświadczenie o terminie przyjęcia ubezpieczonej-matki dziecka do szpitala wystawionego przez szpital albo jego kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem,
 - oświadczenie ubezpieczonej, od kiedy ubezpieczony ojciec dziecka będzie korzystał z uprawnień do zasiłku macierzyńskiego,
 - jeśli zasiłek macierzyński będzie wypłacany przez ZUS, przedkłada się dodatkowo zaświadczenie pracodawcy o terminie zaprzestania korzystania z urlopu macierzyńskiego (urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego),
- ubezpieczonej-matce dziecka za okres po przerwie w pobieraniu tego zasiłku spowodowanej jej pobytem w szpitalu służy zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie, za który wypłacono zasiłek macierzyński ubezpieczonemu-ojcu dziecka,
- przysługującego za okres ustalony przepisami K.p. jako okres urlopu rodzicielskiego, w razie gdy zasiłek macierzyński za okres bezpośrednio poprzedzający okres objęty wnioskiem był pobierany przez tego ubezpieczonego wymaga się:
 - oświadczenia ubezpieczonego o braku zamiaru korzystania przez drugiego z rodziców dziecka z zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony przepisami K.p.

- jako okres urlopu rodzicielskiego w okresie wskazanym we wniosku albo o okresie, w którym drugi z rodziców dziecka zamierza korzystać z zasiłku macierzyńskiego za okres tego urlopu w okresie objętym wnioskiem,
- zaświadczenia pracodawcy o okresie udzielonego urlopu rodzicielskiego oraz zaświadczenia pracodawcy o okresie i wymiarze czasu pracy wykonywanej w czasie urlopu rodzicielskiego – jeśli zasiłek będzie wypłacany przez ZUS,
 - wniosku złożonego płatnikowi zasiłku macierzyńskiego przed terminem rozpoczęcia korzystania z tego zasiłku za okres ustalony przepisami K.p. jako okres urlopu rodzicielskiego – w przypadku osoby niebędącej pracownikiem;
- przysługującego za okres ustalony przepisami K.p. jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego (albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego), w razie gdy zasiłek macierzyński za okres bezpośrednio poprzedzający okres objęty wnioskiem był pobierany przez drugiego z rodziców służą:
- zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie, za który zasiłek macierzyński wypłacano drugiemu z rodziców dziecka, liczbie części wypłaconego zasiłku oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał drugiemu z rodziców dziecka,
 - zaświadczenie pracodawcy o okresie i wymiarze czasu pracy wykonywanej w czasie dodatkowego urlopu macierzyńskiego (albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego) – jeśli zasiłek jest wypłacany przez ZUS;
- oraz odpowiednio:
- skrócony odpis aktu urodzenia dziecka albo jego kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem,
 - oświadczenie ubezpieczonego, kiedy dziecko zostało przyjęte na wychowanie oraz zaświadczenie sądu opiekuńczego o wystąpieniu do sądu o przysposobienie dziecka, zawierające datę urodzenia dziecka, albo jego kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem,
 - prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej lub umowę cywilnoprawną zawartą pomiędzy rodziną zastępczą a starostą lub ich kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem oraz dokument potwierdzający wiek dziecka (zwane dalej dowodami dokumentującymi prawo do dziecka oraz jego wiek),
- przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem za okres ustalony przepisami K.p. jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego (albo dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego), w razie gdy zasiłek macierzyński za okres bezpośrednio poprzedzający okres objęty wnioskiem był pobierany przez drugiego z rodziców dziecka wymagane są:
- zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie, za który zasiłek macierzyński wypłacano drugiemu z rodziców dziecka, liczbie części wypłaconego zasiłku oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał drugiemu z rodziców dziecka,
 - odpowiednie wymienione wyżej dokumenty, dotyczące udokumentowania praw do dziecka oraz jego wieku,
 - wniosek ubezpieczonego złożony płatnikowi zasiłku macierzyńskiego przed terminem rozpoczęcia korzystania z tego zasiłku;

4) zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego:

- przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem, w razie gdy zasiłek macierzyński za okres bezpośrednio poprzedzający okres objęty wnioskiem był pobierany przez drugiego z rodziców dziecka służą:

- oświadczenie ubezpieczonego o braku zamiaru korzystania przez drugiego z rodziców dziecka z zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony przepisami K.p. jako okres urlopu rodzicielskiego w okresie wskazanym we wniosku albo o okresie, w którym drugi z rodziców dziecka zamierza korzystać z zasiłku macierzyńskiego za okres tego urlopu w okresie objętym wnioskiem,
- zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie, za który zasiłek macierzyński wypłacono drugiemu z rodziców dziecka, liczbie części wypłaconego zasiłku za okres ustalony przepisami K.p. jako okres urlopu rodzicielskiego oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał drugiemu z rodziców dziecka,
- zaświadczenie pracodawcy o okresie i wymiarze czasu pracy wykonywanej w czasie urlopu rodzicielskiego – jeśli zasiłek macierzyński jest wypłacany przez ZUS.

Do wniosku należy dołączyć również skrócony odpis aktu urodzenia dziecka albo jego kopię potwierdzoną przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem. Natomiast w razie przyjęcia dziecka na wychowanie przedkłada się:

- oświadczenie ubezpieczonego, kiedy dziecko zostało przyjęte na wychowanie oraz zaświadczenie sądu opiekuńczego o wystąpieniu do sądu o przysposobienie dziecka, zawierające datę urodzenia dziecka, albo jego kopię potwierdzoną przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem, albo
 - prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej lub umowę cywilnoprawną zawartą pomiędzy rodziną zastępczą a starostą lub ich kopię potwierdzoną przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem oraz dokument potwierdzający wiek dziecka.
- przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem za okres ustalony przepisami K.p. jako okres urlopu rodzicielskiego, w razie gdy zasiłek macierzyński za okres bezpośrednio poprzedzający okres objęty wnioskiem był pobierany przez drugiego z rodziców dziecka wymaga się:
- oświadczenie ubezpieczonego o braku zamiaru korzystania przez drugiego z rodziców dziecka z zasiłku macierzyńskiego za okres ustalony przepisami K.p. jako okres urlopu rodzicielskiego w okresie wskazanym we wniosku albo o okresie, w którym drugi z rodziców dziecka zamierza korzystać z zasiłku macierzyńskiego za okres tego urlopu w okresie objętym wnioskiem,
 - zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie, za który zasiłek macierzyński wypłacono drugiemu z rodziców dziecka, liczbie części wypłaconego zasiłku za okres ustalony przepisami K.p. jako okres urlopu rodzicielskiego oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał drugiemu z rodziców dziecka,
 - odpowiednich dokumentów dotyczących udokumentowania praw do dziecka oraz jego wieku,
 - wniosku ubezpieczonego złożonego płatnikowi zasiłku macierzyńskiego przed terminem rozpoczęcia korzystania z tego zasiłku za okres ustalony przepisami K.p. jako okres urlopu rodzicielskiego.

W razie rezygnacji z pobierania zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną-matkę dziecka za okres ustalony przepisami K.p. jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego w całości lub w części, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w całości lub w części albo urlopu rodzicielskiego w całości lub w części, matka dziecka składa pisemny wniosek zawierający datę, od której rezygnuje z pobierania zasiłku macierzyńskiego, dołączając do niego:

- oświadczenie, czy ubezpieczony ojciec dziecka będzie korzystał z uprawnień do zasiłku macierzyńskiego za pozostały okres,

- zaświadczenie pracodawcy o terminie zaprzestania korzystania z dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo urlopu rodzicielskiego – jeżeli zasiłek macierzyński wypłaca ZUS.

5) zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego:

- przysługującego w razie rozwiązania z pracownicą umowy o pracę w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i niemożności zapewnienia innego zatrudnienia wymagane jest zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan ciąży w okresie zatrudnienia, świadectwo pracy lub inny dokument potwierdzający rozwiązanie stosunku pracy z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy oraz oświadczenie ubezpieczonej, że nie zapewniono jej innego zatrudnienia,

6) zasiłku macierzyńskiego dla ojca w przypadku skrócenia zasiłku przez matkę (zaznaczamy, że skrócenie okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego przez matkę dziecka następuje na jej pisemny wniosek) dowodem jest:

- skrócony odpis aktu urodzenia dziecka lub jego kopia potwierdzona przez płatnika zasiłku za zgodność z oryginałem,
- zaświadczenie płatnika zasiłku o okresie pobierania zasiłku, macierzyńskiego przez ubezpieczoną matkę dziecka, o okresie przysługującego jej zasiłku macierzyńskiego oraz o stawce procentowej, w jakiej zasiłek macierzyński przysługiwał ubezpieczonej matce dziecka,

7) zasiłku opiekuńczego:

- z tytułu sprawowania opieki podczas pobytu za granicą dowodem 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, określające początkową i końcową datę konieczności sprawowania osobistej opieki (tłumaczenia na język polski nie wymaga się w przypadkach opisanych wyżej – dla celów wypłaty zasiłku za okres pobytu za granicą),
- z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad zdrowym dzieckiem w wieku do lat 8 dowodem jest:
 - w razie nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w przepisach ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 lub dziennego opiekuna, sprawujących opiekę nad dzieckiem – oświadczenie ubezpieczonego,
 - w przypadku izolacji dziecka z powodu podejrzenia o nosicielstwo zarasków choroby zakaźnej – decyzja właściwego inspektora sanitarnego, wydana na podstawie odrębnych przepisów,
 - w przypadku porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki lub w przypadku pobytu małżonka, stale opiekującego się dzieckiem, w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej – zaświadczenie wystawione przez lekarza, upoważnionego do wystawiania zaświadczeń lekarskich na podstawie przepisów o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, na zwykłym druku; zaświadczenie to powinno zawierać imię i nazwisko małżonka stale opiekującego się dzieckiem, okres i przyczynę konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem, imię i nazwisko

dziecka, nad którym ma być sprawowana opieka oraz pieczętą i podpis wystawiającego zaświadczenie.

Pozostawanie z chorym członkiem rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym, dla celów uzyskania zasiłku z tytułu sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny ubezpieczony dokumentuje oświadczeniem.

Ważne: Przyznanie i wypłata zasiłku opiekuńczego następuje po złożeniu przez ubezpieczonego (każdorazowo) wniosku na druku ZUS Z-15.

Druk ZUS Z-15 nie jest wymagany w razie nieprzerwanej opieki sprawowanej nad tym samym dzieckiem lub chorym członkiem rodziny.

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

Art. 60. 1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich, a 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 cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 12 miesięcy od daty uprawnomocnienia się decyzji.

2. W przypadku powtarzającego się naruszania zasad określonych w art. 57 i 58 Zakład Ubezpieczeń Społecznych może cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 3 miesięcy od daty uprawnomocnienia się decyzji.

3. Cofnięcie upoważnienia, o którym mowa w ust. 1 i 2, następuje w formie decyzji.

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 uznano 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 daty uprawnomocnienia się decyzji.

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

- podawania informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość przy zastosowaniu określonych kodów literowych,

- właściwego wpisywania kodów literowych oraz numerów statystycznych chorób ustalonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych na oryginale i drugiej kopii zaświadczenia,
- wystawiania zaświadczenia lekarskiego z dwiema kopiami,
- przekazywania oryginałów wystawionych zaświadczeń lekarskich do ZUS w wyznaczonym terminie 7 dni od dnia wystawienia,
- przekazania pierwszej kopii zaświadczenia lekarskiego ubezpieczonemu,
- przechowywania drugiej kopii zaświadczenia lekarskiego przez okres 3 lat,

to ZUS może cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 3 miesięcy od daty uprawomocnienia się decyzji, od której lekarz może wnieść odwołanie do ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. Decyzje te wydawane są w trybie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

Zdaniem Naczelnego Sądu Administracyjnego (wyrok z dnia 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.

21. 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 wynagrodzenia 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, współnika 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, postulatów 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 2012 r. zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego 21 osób. Od 1 grudnia 2012 r. zgłasza do tego ubezpieczenia tylko 3 osoby. Pomimo zmniejszenia się liczby ubezpieczonych płatnik jest zobowiązany w 2013 r. do wypłaty zasiłków.

Przykład

Płatnik składek na dzień 30 listopada 2012 r. zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego 7 osób. Od grudnia 2012 r. zgłasza do tego ubezpieczenia 30 osób, natomiast od stycznia

2013 r. liczba ubezpieczonych wzrosła do 40 osób. Płatnik nie jest uprawniony w 2013 r. do wypłaty zasiłków, ponieważ na dzień 30 listopada 2012 r. zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego tylko 7 osób.

Zakładając, że na dzień 30 listopada 2013 r. zgłosi do ubezpieczenia chorobowego 40 osób, to będzie zobowiązany do wypłaty zasiłków w 2014 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. nr 186, poz. 1444 z późn. zm.).

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, 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 (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 i ZUS Z-3a).

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 choruje od 17 października 2013 r. do 10 stycznia 2014 r. (86 dni), nabywając z tego tytułu prawo do zasiłku chorobowego. Pracodawca na dzień 30 listopada 2012 r.

zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego 3 osoby i nie był uprawniony w 2013 r. do wypłaty zasiłków. W związku z tym ZUS podjął wypłatę zasiłku chorobowego dla pracownika od 17 października 2013 r.

Według stanu na dzień 30 listopada 2013 r. płatnik składek zgłasza do ubezpieczenia chorobowego 23 osoby. Zatem w 2014 r. będzie uprawniony do wypłaty zasiłków. Pomimo tego ZUS będzie kontynuował wypłatę zasiłku chorobowego pracownikowi, który jest niezdolny do pracy od 17 października 2013 r. do zakończenia nieprzerwanej niezdolności do pracy, tj. do 10 stycznia 2014 r. (i za ewentualne dalsze okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy z powodu choroby po 10 stycznia 2014 r.).

Przykład

Pracownik choruje od 4 listopada 2013 r. do 8 stycznia 2014 r. (66 dni), nabywając z tego tytułu prawo do zasiłku chorobowego. Pracodawca na dzień 30 listopada 2012 r. zgłaszał do ubezpieczenia chorobowego 27 osób, w związku z tym wypłaci pracownikowi zasiłek chorobowy za okres od 4 listopada do 31 grudnia 2013 r.

Według stanu na dzień 30 listopada 2013 r. płatnik składek zgłosi do ubezpieczenia chorobowego 19 osób. W związku z tym w 2014 r. nie będzie już uprawniony do wypłaty zasiłków, tym samym wypłatę zasiłku chorobowego za okres od 1 do 8 stycznia 2014 r. (8 dni) przekaże 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.

22. Artykuł 62 – termin na dostarczenie zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA

Art. 62. 1. Zaświadczenie lekarskie ubezpieczony jest obowiązany dostarczyć nie później niż w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania płatnikowi zasiłków, z uwzględnieniem ust. 2.

2. Ubezpieczony, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2 lit. a, obowiązany jest dostarczyć zaświadczenie lekarskie w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania płatnikowi składek, który przekazuje je niezwłocznie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, podając datę dostarczenia tego zaświadczenia przez ubezpieczonego.

3. Niedopełnienie obowiązku określonego w ust. 1 i 2 powoduje obniżenie o 25% wysokości zasiłku przysługującego za okres od 8 dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, chyba że niedostarczenie zaświadczenia nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.

Dowodem stwierdzającym czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, pobyt w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej – są zaświadczenia lekarskie (patrz też komentarz do art. 53 ustawy zasiłkowej) wystawione przez upoważnionego lekarza na formularzu ZUS ZLA.

W myśl komentowanego art. 62 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej, ubezpieczony ma obowiązek dostarczenia płatnikowi zasiłków zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA, nie później niż w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania. Jeżeli ubezpieczony jest zatrudniony u pracodawcy zgłaszającego do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 ubezpieczonych, to płatnikiem zasiłku chorobowego jest ZUS. Wówczas ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć zaświadczenie lekarskie w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania płatnikowi składek (pracodawcy), który przekazuje je niezwłocznie do ZUS, podając datę dostarczenia tego zaświadczenia przez ubezpieczonego.

Ważne: Jako datę otrzymania zaświadczenia lekarskiego przyjmuje się datę jego wystawienia, chyba że ubezpieczony udowodni, że otrzymał zaświadczenie w terminie późniejszym.

Przepis nie stanowi o formie dostarczenia zaświadczenia płatnikowi zasiłków (odpowiednio: płatnikowi składek), dlatego też ubezpieczony może doręczyć zaświadczenie lekarskie osobiście lub przekazać je płatnikowi zasiłków przez inną osobę albo za pośrednictwem poczty. Z tym że w przypadku przekazania zaświadczenia za pośrednictwem poczty, za datę dostarczenia zaświadczenia przyjmuje się datę stempla pocztowego.

Ustalając termin na dostarczenie zaświadczenia lekarskiego należy kierować się postanowieniem art. 111 K.c., zgodnie z którym, jeżeli początkiem terminu oznaczonego w dniach jest pewne zdarzenie, nie uwzględnia się przy obliczaniu terminu dnia, w którym to zdarzenie nastąpiło. Termin oznaczony w dniach kończy się z upływem ostatniego dnia. W związku z tym przy obliczaniu terminu 7 dni przewidzianego na dostarczenie zaświadczenia lekarskiego nie uwzględnia się dnia, w którym ubezpieczony otrzymał to zaświadczenie.

Artykuł 115 K.c. stanowi, że jeżeli koniec terminu do wykonania czynności przypada na dzień uznany ustawowo za wolny od pracy, termin upływa dnia następnego. Zatem, jeżeli ostatnim dniem na dostarczenie zaświadczenia lekarskiego będzie, np. sobota lub niedziela, termin 7 dni na dostarczenie zaświadczenia upłynie z pierwszym dniem roboczym następującym po tych dniach.

Przykład

Ubezpieczony w dniu 28 października 2013 r. otrzymał zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy na okres od 28 października do 8 listopada 2013 r. Z tytułu tej niezdolności do pracy nabył prawo do zasiłku chorobowego. Zaświadczenie to powinien dostarczyć płatnikowi zasiłków najpóźniej 4 listopada 2013 r.

Przykład

Ubezpieczony w dniu 25 października 2013 r. otrzymał zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy na okres od 25 października do 10 listopada 2013 r. Ostatnim dniem na dostarczenie tego zaświadczenia był 1 listopada 2013 r., który był dniem ustawowo wolnym od pracy. W związku z tym termin na dostarczenie tego zaświadczenia płatnikowi zasiłków upływa 4 listopada 2013 r.

Ustęp 3 komentowanego artykułu stanowi, że niedopełnienie obowiązku dostarczenia zaświadczenia lekarskiego w wyznaczonym terminie powoduje obniżenie o 25% wysokości zasiłku przysługującego za okres od 8 dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, chyba że niedostarczenie zaświadczenia nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego, np. w sytuacji gdy ubezpieczony z uwagi na stan zdrowia nie był w stanie sam dostarczyć zaświadczenia w wyznaczonym terminie i jednocześnie nie mógł przekazać zaświadczenia w inny sposób.

Przykład

Pracownik w dniu 22 października 2013 r. otrzymał zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby na okres od 22 października do 21 listopada 2013 r., za którą nabył prawo do zasiłku chorobowego. Zaświadczenie to powinno być dostarczone płatnikowi zasiłku w dniu 29 października 2013 r., natomiast pracownik dostarczył je dopiero 4 listopada 2013 r. Obniżeniu o 25% podlega wysokość zasiłku chorobowego przysługującego za okres od 29 października do 4 listopada 2013 r. (tj. od 8 dnia orzeczonej niezdolności do dnia dostarczenia zaświadczenia).

Obniżenie o 25% wysokości zasiłku dotyczy również przypadku, gdy niezdolność do pracy z powodu choroby powstała po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego (patrz komentarz do art. 7 ustawy zasiłkowej). Wówczas termin 7 dni liczy się od daty wystawienia tego zaświadczenia lekarskiego, z którego wynika, że nieprzerwana niezdolność do pracy trwa łącznie co najmniej 30 dni i uprawnia do zasiłku. Niedotrzymanie tego terminu powoduje obniżenie wysokości zasiłku o 25% za okres od ósmego dnia niezdolności do pracy orzeczonej tym zaświadczeniem, które łącznie z poprzednimi obejmuje okres co najmniej trzydziestodniowy, do dnia dostarczenia zaświadczeń lekarskich.

Wspomnijmy jeszcze, że w świetle art. 92 § 2 i 3 K.p. wynagrodzenie za czas choroby trwającej łącznie do 33 dni (14 dni) w ciągu roku kalendarzowego nie ulega obniżeniu o 25% w przypadku dostarczenia zaświadczenia lekarskiego po upływie 7 dni od daty jego otrzymania. Powyższe wynika także z komentarza ZUS do ustawy zasiłkowej.

23. 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 wypadku 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 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.

24. 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 świadczenia 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 wypłaceniu 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).

25. 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 rąk 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 rąk osoby przez nią upoważnionej. Zasiłek może być także wypłacony do rąk innej osoby, nawet bez wyrażenia woli osoby uprawnionej do zasiłku. Sytuacja taka ma miejsce, np. gdy w wyniku orzeczenia sądu wynagrodzenie (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 2012 r. poz. 788 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 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.

26. 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 dni 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 z dniem 7 grudnia 2010 r., natomiast płatnik dokonał wypłaty zasiłku do 12 grudnia 2010 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 orzeczona 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 2012 r. poz. 1015 z późn. zm.). 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.

27. 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), przedkładając 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 lipca 2013 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 stycznia 2014 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.

28. 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 sfalszowane (podrobione lub przerobione) oraz
- zostało wydane zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich... (tryb wystawiania zaświadczeń lekarskich omawialiśmy w komentarzu do art. 55 ustawy zasiłkowej).

Jeżeli w wyniku kontroli, o której mowa, zachodzi podejrzenie, że zaświadczenie lekarskie zostało sfalszowane, płatnik składek występuje do lekarza, który wystawił druk ZUS ZLA, o wyjaśnienie sprawy. W razie potwierdzenia przez lekarza faktu sfalszowania 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 absen-

cja 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.

29. Artykuł 69 – zastosowanie przepisów ustawy do świadczenia rehabilitacyjnego

Art. 69. Przepisy art. 61 i 63-68 stosuje się odpowiednio do świadczenia rehabilitacyjnego.

Przepis stanowi o odpowiednim stosowaniu do świadczenia rehabilitacyjnego przepisów dotyczących zasiłku chorobowego w zakresie zasad ustalania prawa do zasiłków oraz zasad ich 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 niniejszego opracowania),
- ubezpieczony (a także płatnik świadczenia) może wystąpić do ZUS z wnioskiem o ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (patrz: komentarz do art. 63 niniejszego opracowania),
- płatnicy składek są zobowiązani wypłacać świadczenie rehabilitacyjne w terminach przyjętych dla wypłaty wynagrodzeń lub dochodów, natomiast ZUS dokonuje wypłat na bieżąco po stwierdzeniu uprawnień (patrz: komentarz do art. 64 niniejszego opracowania),
- 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 rąk wypłaca się wynagrodzenie lub dochód ubezpieczonego (patrz: komentarz do art. 65 niniejszego opracowania),
- 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 (patrz: komentarz do art. 66 niniejszego opracowania),
- 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 (patrz: komentarz do art. 67 niniejszego opracowania),
- 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 (patrz: komentarz do art. 68 niniejszego opracowania).

30. 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 prze-

stępstwa 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 wypłat 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.

31. Artykuły 71-84 – zmiany w przepisach obowiązujących

(pominięto)

32. Artykuł 85 – akty prawne, które utraciły moc obowiązującą

(pominięto)

33. Artykuł 86 – obowiązywanie przepisów ustawy

Art. 86. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 września 1999 r., z tym że:

- 1) art. 54, 56, 59, 79 i 83 wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia;
- 2) art. 80 wchodzi w życie z dniem 1 listopada 1999 r.

UBEZPIECZENIA I PRAWO PRACY

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

NAKLAD 24 000



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.