Dz. U. 1999 Nr 60 poz. 636

Opracowano na podstawie: t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1133, 1621, 1834, z 2022 r. poz. 655.

U S T A W A

z dnia 25 czerwca 1999 r.

o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. 1. Świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 423, 432 i 619), zwanym dalej „ubezpieczonymi”.

2. Świadczenia pieniężne z tytułu następstw wypadków przy pracy i chorób zawodowych określa odrębna ustawa.

Art. 2. Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwanego dalej „ubezpieczeniem chorobowym”, obejmują:

1) zasiłek chorobowy;
2) świadczenie rehabilitacyjne;
3) zasiłek wyrównawczy;
4) (uchylony)
5) zasiłek macierzyński;
6) zasiłek opiekuńczy.

Art. 2a. 1. Świadczenia, o których mowa w art. 2 pkt 1, 2, 5 i 6, nie przysługują osobom prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym, osobom współpracującym z osobami fizycznymi, o których mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162), duchownym będącym płatnikami składek na własne ubezpieczenia, w razie

wystąpienia w dniu powstania prawa do świadczenia zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przekraczającą 1% minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie odrębnych przepisów, do czasu spłaty całości zadłużenia.

2. Prawo do świadczeń, o których mowa w art. 2 pkt 1, 2, 5 i 6, przedawnia się, jeżeli zadłużenie, o którym mowa w ust. 1, nie zostanie uregulowane w ciągu 6 miesięcy od dnia powstania prawa do świadczenia.

Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) tytuł ubezpieczenia chorobowego – zatrudnienie lub inną działalność, których podjęcie rodzi obowiązek ubezpieczenia chorobowego lub uprawnienie do objęcia tym ubezpieczeniem na zasadach dobrowolności w rozumieniu przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
2) płatnik składek – płatnika składek na ubezpieczenie chorobowe w rozumieniu przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
3) wynagrodzenie – przychód pracownika stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu potrąconych przez pracodawcę składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe oraz ubezpieczenie chorobowe;
4) przychód – kwotę stanowiącą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe;
5) wypadek w drodze do pracy lub z pracy – zdarzenie, które nastąpiło w drodze do lub z miejsca wykonywania zatrudnienia lub innej działalności stanowiącej tytuł ubezpieczenia chorobowego uznane za wypadek na zasadach określonych w przepisach o emeryturach i rentach z FUS.

Rozdział 2

Zasiłek chorobowy

Art. 4. 1. Ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego:

1) po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu;
2) po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie.

2. Do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

3. Od pierwszego dnia ubezpieczenia chorobowego prawo do zasiłku chorobowego przysługuje:

1) absolwentom szkół lub uczelni lub osobom, które zakończyły kształcenie w szkole doktorskiej, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym lub przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów, lub zakończenia kształcenia w szkole doktorskiej;
2) jeżeli niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy;
3) ubezpieczonym obowiązkowo, którzy mają wcześniejszy co najmniej 10-letni okres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego;
4) posłom i senatorom, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od ukończenia kadencji;
5) funkcjonariuszom Służby Celnej, którzy przyjęli propozycję pracy na podstawie art. 165 ust. 7 i art. 167 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowej Administracji Skarbowej (Dz. U. poz. 1948, z późn. zm.[1)]) i stali się pracownikami w jednostkach organizacyjnych Krajowej Administracji Skarbowej.

Art. 5. (uchylony)

Art. 6. 1. Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

2. Na równi z niezdolnością do pracy z powodu choroby traktuje się niemożność wykonywania pracy:

1) w wyniku decyzji wydanej przez właściwy organ albo uprawniony podmiot na podstawie przepisów o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

[1)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 2255, z 2017 r. poz. 379, 1537, 1926 i 2409 oraz z 2018 r. poz. 2354.

1a) wskutek poddania się obowiązkowi kwarantanny, izolacji w warunkach domowych albo izolacji, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

2) z powodu przebywania w:
   a) stacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego w celu leczenia uzależnienia alkoholowego,
   b) szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w celu leczenia uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych;

3) wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów.

Art. 7. Zasiłek chorobowy przysługuje również osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała:

1) nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego;

2) nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego – w razie choroby zakaźnej, której okres wylęgania jest dłuższy niż 14 dni, lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby.

Art. 7a. Przepis art. 7 stosuje się odpowiednio do żołnierza zwolnionego z czynnej służby wojskowej, z tym że podstawę obliczenia wysokości zasiłku chorobowego stanowi kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Art. 8. 1. Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 – nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży – nie dłużej niż przez 270 dni.

2. Za okres niezdolności do pracy lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 przypadający po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego zasiłek chorobowy przysługuje nie dłużej niż przez 91 dni. Nie dotyczy to niezdolności do pracy, o której mowa w art. 11 ust. 2 pkt 2, oraz spowodowanej gruźlicą lub występującej w trakcie ciąży.

Art. 9. 1. Do okresu, o którym mowa w art. 8, zwanego dalej „okresem zasiłkowym”, wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2.

2. Do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzednich niezdolności do pracy, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni. Do okresu zasiłkowego nie wlicza się okresów niezdolności do pracy przypadających przed przerwą nie dłuższą niż 60 dni, jeżeli po przerwie niezdolność do pracy wystąpiła w trakcie ciąży.

3. Do okresu zasiłkowego nie wlicza się okresu niezdolności do pracy przypadającego w okresach, o których mowa w art. 4 ust. 1.

Art. 10. (uchylony)

Art. 11. 1. Miesięczny zasiłek chorobowy, z zastrzeżeniem ust. 2, wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku.

1a. (uchylony)

1b. (uchylony)

2. Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku, jeżeli niezdolność do pracy lub niemożność wykonywania pracy, o której mowa w art. 6 ust. 2:

1) przypada w okresie ciąży;
2) powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów;
3) powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

3. (uchylony)

4. Zasiłek chorobowy przysługuje za każdy dzień niezdolności do pracy, nie wyłączając dni wolnych od pracy.

5. Ilekroć przy ustalaniu prawa do zasiłku chorobowego lub jego wysokości okres jest oznaczony w miesiącach, za miesiąc uważa się 30 dni.

Art. 12. 1. Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy, w których ubezpieczony na podstawie przepisów o wynagradzaniu zachowuje prawo do wynagrodzenia. Okresy te wlicza się do okresu zasiłkowego.

2. Zasiłek chorobowy nie przysługuje również za okresy niezdolności do pracy przypadającej w czasie:

1) urlopu bezpłatnego;
2) urlopu wychowawczego;
3) tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem przypadków, w których prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia chorobowego osób wykonujących odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania;
4) usprawiedliwionej nieobecności w pracy, o której mowa w art. 63^2 § 8 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320).

2a. Przepisu ust. 2 pkt 4 nie stosuje się, jeżeli niezdolność do pracy powstała do dnia śmierci pracodawcy i trwa nieprzerwanie po tym dniu.

3. Okresów niezdolności do pracy, o których mowa w ust. 2, w których zasiłek nie przysługuje, nie wlicza się do okresu zasiłkowego.

Art. 13. 1. Zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy:

1) ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy;
2) kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby;
3) nie nabyła prawa do zasiłku w czasie ubezpieczenia, w przypadkach określonych w art. 4 ust. 1;
4) jest uprawniona do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego;
5) podlega obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników określonemu w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

1a. Przepis ust. 1 pkt 1 stosuje się odpowiednio do osoby niezdolnej do pracy, która ma ustalone prawo do emerytury lub renty inwalidzkiej na podstawie ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich

rodzin (Dz. U. z 2020 r. poz. 586 i 2320) lub ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2020 r. poz. 723 i 2320).

2. Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało po wyczerpaniu prawa do zasiłku chorobowego.

Art. 14. Ubezpieczonemu będącemu pracownikiem, odsuniętemu od pracy w trybie określonym w art. 6 ust. 2 pkt 1, z powodu podejrzenia o nosicielstwo zarazków choroby zakaźnej, zasiłek chorobowy nie przysługuje, jeżeli nie podjął proponowanej mu przez pracodawcę innej pracy niezabronionej takim osobom, odpowiadającej jego kwalifikacjom zawodowym lub którą może wykonywać po uprzednim przeszkoleniu.

Art. 15. 1. Zasiłek chorobowy nie przysługuje ubezpieczonemu za cały okres niezdolności do pracy, jeżeli niezdolność ta spowodowana została w wyniku umyślnego przestępstwa lub wykroczenia popełnionego przez tego ubezpieczonego.

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

Art. 16. Ubezpieczonemu, którego niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu, zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności.

Art. 17. 1. Ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia.

2. Zasiłek chorobowy nie przysługuje w przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie zostało sfałszowane.

3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, ustala się w trybie określonym w art. 68.

Rozdział 3

Świadczenie rehabilitacyjne

Art. 18. 1. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokują odzyskanie zdolności do pracy.

2. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy.

3. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1 i 2, orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

4. Od orzeczenia lekarza orzecznika ubezpieczonemu przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

5. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych może zgłosić zarzut wadliwości orzeczenia lekarza orzecznika w terminie i na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

6. Orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie wniesiono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego.

7. Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego oraz do urlopu dla poratowania zdrowia, udzielonego na podstawie odrębnych przepisów.

8. Przepis ust. 7 stosuje się odpowiednio do osoby, która ma ustalone prawo do emerytury lub renty inwalidzkiej na podstawie ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin lub ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin.

Art. 19. 1. Świadczenie rehabilitacyjne wynosi 90% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za okres pierwszych trzech miesięcy, 75% tej podstawy za pozostały okres, a jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży – 100% tej podstawy.

2. Dla celów obliczenia świadczenia rehabilitacyjnego podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia podlega waloryzacji według następujących zasad:

1) jeżeli pierwszy dzień okresu, na który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w I kwartale kalendarzowym danego roku, podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w III kwartale w stosunku do I kwartału ubiegłego roku kalendarzowego;
2) jeżeli pierwszy dzień okresu, na który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w II kwartale kalendarzowym danego roku, podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w IV kwartale w stosunku do II kwartału ubiegłego roku kalendarzowego;
3) jeżeli pierwszy dzień okresu, na który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w III kwartale kalendarzowym danego roku, podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w I kwartale tego roku kalendarzowego w stosunku do III kwartału ubiegłego roku kalendarzowego;
4) jeżeli pierwszy dzień okresu, na który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w IV kwartale kalendarzowym danego roku, podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w II kwartale tego roku kalendarzowego w stosunku do IV kwartału ubiegłego roku kalendarzowego.

3. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w terminie do ostatniego dnia każdego kwartału kalendarzowego, wskaźnik waloryzacji, obliczony według zasad określonych w ust. 2, obowiązujący w następnym kwartale.

Art. 20. Przepis art. 53 § 5 Kodeksu pracy stosuje się odpowiednio do pracownika pobierającego świadczenie rehabilitacyjne, jeżeli zgłosi on swój powrót do pracodawcy niezwłocznie po wyczerpaniu tego świadczenia, choćby nastąpiło to po upływie 6 miesięcy od rozwiązania stosunku pracy.

Art. 21. Ilekroć w przepisach o ubezpieczeniu społecznym, o ubezpieczeniu zdrowotnym, o emeryturach i rentach, a także w przepisach, które uzależniają uprawnienia od dochodu rodziny, jest mowa o zasiłku chorobowym, należy przez to rozumieć również świadczenie rehabilitacyjne.

Art. 22. Do świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 11 ust. 4 i 5, art. 12, art. 13 ust. 1, art. 15 i 17.

Rozdział 4

Zasiłek wyrównawczy

Art. 23. 1. Zasiłek wyrównawczy przysługuje ubezpieczonemu będącemu pracownikiem ze zmniejszoną sprawnością do pracy, wykonującemu pracę:

1) w zakładowym lub międzyzakładowym ośrodku rehabilitacji zawodowej,
2) u pracodawcy na wyodrębnionym stanowisku pracy, dostosowanym do potrzeb adaptacji lub przyuczenia do określonej pracy,

jeżeli jego miesięczne wynagrodzenie osiągane podczas rehabilitacji jest niższe od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ustalonego w myśl art. 36–42.

2. O potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji zawodowej orzeka wojewódzki ośrodek medycyny pracy lub lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

3. Zasiłek wyrównawczy przysługuje przez okres rehabilitacji zawodowej w warunkach, o których mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Prawo do zasiłku wyrównawczego ustaje:

1) z dniem zakończenia rehabilitacji zawodowej i przesunięcia do innej pracy, nie później jednak niż po 24 miesiącach od dnia, w którym ubezpieczony będący pracownikiem podjął rehabilitację;
2) jeżeli z uwagi na stan zdrowia ubezpieczonego będącego pracownikiem rehabilitacja zawodowa stała się niecelowa.

5. O okolicznościach, o których mowa w ust. 4 pkt 2, orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

6. Do orzeczeń lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, o których mowa w ust. 2 i 5, mają odpowiednie zastosowanie przepisy art. 18 ust. 4 i 5.

Art. 24. 1. Zasiłek wyrównawczy stanowi różnicę między przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem ustalonym w myśl art. 36–42 a miesięcznym wynagrodzeniem osiągniętym za pracę w warunkach rehabilitacji zawodowej.

2. Jeżeli ubezpieczony będący pracownikiem przepracował tylko część miesiąca wskutek nieobecności w pracy z przyczyn usprawiedliwionych, zasiłek wyrównawczy za ten miesiąc przysługuje w wysokości różnicy między przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem ustalonym w myśl art. 36–42, zmniejszonym o jedną trzydziestą część za każdy dzień tej nieobecności, a wynagrodzeniem osiągniętym w tym miesiącu.

Art. 25. 1. Zasiłek wyrównawczy nie przysługuje ubezpieczonemu będącemu pracownikiem, uprawnionemu do emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do osoby, która ma ustalone prawo do emerytury lub renty inwalidzkiej na podstawie ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin lub ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin.

Art. 26. (uchylony)

Rozdział 5

(uchylony)

Rozdział 6

Zasiłek macierzyński

Art. 29. 1. Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego:

1) urodziła dziecko;
2) przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10 roku życia, i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia;

3) przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10 roku życia.

2. Przepisy ust. 1 pkt 2 i 3 stosuje się odpowiednio do ubezpieczonego.

2a. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do funkcjonariuszy Służby Celnej, którzy przyjęli propozycję pracy na podstawie art. 165 ust. 7 i art. 167 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2016 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowej Administracji Skarbowej i stali się pracownikami w jednostkach organizacyjnych Krajowej Administracji Skarbowej, i w dniu objęcia ubezpieczeniem chorobowym przebywali na urlopie macierzyńskim, urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopie rodzicielskim albo urlopie ojcowskim.

3. W przypadku rezygnacji przez ubezpieczoną – matkę dziecka z pobierania zasiłku macierzyńskiego, po wykorzystaniu przez nią tego zasiłku za okres co najmniej 14 tygodni po porodzie, zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu – ojcu dziecka, który uzyskał prawo do urlopu macierzyńskiego lub przerwał działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

4. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio do ubezpieczonych, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3 oraz ust. 2.

5. W przypadku rezygnacji przez ubezpieczoną – matkę dziecka, legitymującą się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, z pobierania zasiłku macierzyńskiego, po wykorzystaniu przez nią tego zasiłku za okres co najmniej 8 tygodni po porodzie, zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu – ojcu dziecka albo ubezpieczonemu – innemu członkowi najbliższej rodziny, który uzyskał prawo do urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo urlopu rodzicielskiego lub przerwał działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

6. Po wykorzystaniu przez ubezpieczoną – matkę dziecka zasiłku macierzyńskiego za okres co najmniej 8 tygodni po porodzie, ubezpieczonemu – ojcu dziecka albo innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny, który uzyskał prawo do urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo urlopu rodzicielskiego lub przerwał działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, przysługuje prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres, w którym ubezpieczona – matka dziecka przebywa w szpitalu albo innym

zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem. Zasiłek macierzyński ubezpieczonej – matki dziecka przerywa się na okres, w którym z zasiłku tego korzysta ubezpieczony – ojciec dziecka albo inny ubezpieczony członek najbliższej rodziny.

7. W przypadku zgonu ubezpieczonej – matki dziecka albo porzucenia przez nią dziecka, zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu – ojcu dziecka albo innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny, który uzyskał prawo do urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo urlopu rodzicielskiego lub przerwał działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. W przypadku porzucenia dziecka przez ubezpieczoną – matkę dziecka, zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu – ojcu dziecka albo innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny, za okres przypadający po dniu porzucenia dziecka przez ubezpieczoną – matkę dziecka, nie wcześniej jednak niż po wykorzystaniu przez nią 8 tygodni zasiłku macierzyńskiego po porodzie.

8. Przepisy ust. 3–7 stosuje się odpowiednio w przypadku gdy matka albo ojciec dziecka korzysta z prawa do urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo urlopu rodzicielskiego na podstawie przepisów odrębnych.

9. W przypadku:

1) zgonu matki dziecka nieobjętej ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, albo nieposiadającej tytułu do objęcia takim ubezpieczeniem,
2) porzucenia dziecka przez matkę nieobjętą ubezpieczeniem, o którym mowa w pkt 1, albo nieposiadającą tytułu do objęcia takim ubezpieczeniem,
3) niemożności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem przez matkę nieobjętą ubezpieczeniem, o którym mowa w pkt 1, albo nieposiadającą tytułu do objęcia takim ubezpieczeniem, legitymującą się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji

– zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu – ojcu dziecka albo innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny, który uzyskał prawo do urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo urlopu

rodzicielskiego lub przerwał działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, za okres przypadający po dniu zaistnienia tych okoliczności.

10. W przypadku podjęcia przez matkę dziecka, nieposiadającą tytułu do objęcia ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, zatrudnienia w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy, zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonemu – ojcu dziecka, który uzyskał prawo do urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo urlopu rodzicielskiego lub przerwał działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, do wyczerpania wymiaru zasiłku, nie dłużej niż przez okres trwania zatrudnienia matki.

Art. 29a. 1. Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego.

2. W przypadkach, o których mowa w art. 29 ust. 3–7, okres wypłaty zasiłku macierzyńskiego zmniejsza się o okres wypłaty tego zasiłku ubezpieczonej – matce dziecka, a w przypadku, o którym mowa w art. 29 ust. 8, o okres, przez który matka dziecka korzystała, na podstawie przepisów odrębnych, z prawa do urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo urlopu rodzicielskiego.

3. Z zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego mogą jednocześnie korzystać ubezpieczeni rodzice dziecka. W takim przypadku łączny okres zasiłku macierzyńskiego nie może przekraczać wymiaru urlopu rodzicielskiego określonego przepisami Kodeksu pracy.

4. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio w przypadku gdy drugi z rodziców dziecka korzysta z prawa do urlopu rodzicielskiego na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 30. 1. Zasiłek macierzyński przysługuje również w razie urodzenia dziecka po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało w okresie ciąży:

1) wskutek śmierci, ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy;
2) z naruszeniem przepisów prawa, stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu.

2. (uchylony)

3. Ubezpieczonej będącej pracownicą, której umowa o pracę wygasła z powodu śmierci pracodawcy lub z którą rozwiązano stosunek pracy w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i której nie zapewniono innego zatrudnienia, przysługuje do dnia porodu zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

4. Ubezpieczonej będącej pracownicą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę na czas określony, z którą umowa o pracę na podstawie art. 177 § 3 Kodeksu pracy została przedłużona do dnia porodu – przysługuje prawo do zasiłku macierzyńskiego po ustaniu ubezpieczenia.

Art. 30a. 1. Ubezpieczona – matka dziecka, nie później niż 21 dni po porodzie, może złożyć pisemny wniosek o wypłacenie jej zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze.

2. Ubezpieczony, nie później niż 21 dni po przyjęciu dziecka na wychowanie i wystąpieniu do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka albo po przyjęciu dziecka na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, może złożyć pisemny wniosek o wypłacenie mu zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego i urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze.

3. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczona – matka dziecka może dzielić się z ubezpieczonym – ojcem dziecka korzystaniem z zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego albo jego części.

4. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio do wniosku, o którym mowa w ust. 2.

Art. 31. 1. Miesięczny zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, okres urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz okres urlopu ojcowskiego wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku.

2. Miesięczny zasiłek macierzyński za okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu rodzicielskiego wynosi:

1) 100% podstawy wymiaru zasiłku – za okres do:
   a) 6 tygodni urlopu rodzicielskiego, w przypadku, o którym mowa w art. 182^{1a} § 1 pkt 1 i art. 183 § 4 pkt 1 Kodeksu pracy,

b) 8 tygodni urlopu rodzicielskiego, w przypadkach, o których mowa w art. 182^{1a} § 1 pkt 2 i art. 183 § 4 pkt 2 Kodeksu pracy,

c) 3 tygodni urlopu rodzicielskiego, w przypadku, o którym mowa w art. 183 § 4 pkt 3 Kodeksu pracy;

2) 60% podstawy wymiaru zasiłku – za okres urlopu rodzicielskiego przypadający po okresach, o których mowa w pkt 1.

3. Miesięczny zasiłek macierzyński w przypadku:

1) ubezpieczonej będącej pracownicą, która złożyła wniosek o udzielenie jej, bezpośrednio po urlopie macierzyńskim, urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze, o którym mowa w art. 179^{1} Kodeksu pracy,

2) ubezpieczonej niebędącej pracownicą, która złożyła wniosek, o którym mowa w art. 30a ust. 1,

3) ubezpieczonego będącego pracownikiem, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 182^{4} Kodeksu pracy,

4) ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 30a ust. 2

– wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku za cały okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego.

3a. W przypadku gdy miesięczna kwota zasiłku macierzyńskiego pomniejszonego o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, obliczonego zgodnie z ust. 1–3, jest niższa niż kwota świadczenia rodzicielskiego, określonego w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111), kwotę zasiłku macierzyńskiego pomniejszonego o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych podwyższa się do wysokości świadczenia rodzicielskiego.

3b. Podwyższenie, o którym mowa w ust. 3a, podlega finansowaniu z budżetu państwa w ramach dotacji do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, o którym mowa w art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

3c. W przypadku gdy zasiłek macierzyński przysługuje za część miesiąca, podwyższenie, o którym mowa w ust. 3a, ustala się proporcjonalnie do okresu, za który jest wypłacany zasiłek macierzyński.

3d. W przypadku gdy oboje rodzice dziecka mają prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, od tego samego dnia, okres pobierania tego zasiłku dzieli się proporcjonalnie między rodziców, z zachowaniem podstawy wymiaru zasiłku określonej w tym przepisie.

3e. W przypadku gdy o zasiłek, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, wystąpią oboje rodzice dziecka, zasiłek ten przysługuje temu z rodziców, który rozpoczął pobieranie tego zasiłku jako pierwszy.

4. W przypadku rezygnacji z zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze albo rezygnacji z zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego w wymiarze, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, przysługuje jednorazowe wyrównanie pobranego zasiłku macierzyńskiego do 100% podstawy wymiaru zasiłku, pod warunkiem niepobrania zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego w wymiarze, o którym mowa w ust. 2 pkt 2. Przepis art. 64 stosuje się odpowiednio.

4a. Wysokość zasiłku macierzyńskiego zmniejsza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy, w którym pracownik łączy korzystanie z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego takiego urlopu.

5. Do zasiłku macierzyńskiego stosuje się odpowiednio przepisy art. 11 ust. 4 oraz art. 12 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 i 3.

Rozdział 7

Zasiłek opiekuńczy

Art. 32. 1. Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad:

1) dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w przypadku:
   a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2021 r. poz. 75), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,

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

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

2) chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat;

2a) chorym dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat;

2b) dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat w przypadku:

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

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

3) innym chorym członkiem rodziny.

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

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

Art. 32a. 1. W przypadku gdy ubezpieczona matka dziecka przed upływem 8 tygodni po porodzie:

1) przebywa w szpitalu albo w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający jej sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem albo
2) legitymuje się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo
3) porzuciła dziecko

– ubezpieczonemu – ojcu dziecka przysługuje dodatkowo, niezależnie od zasiłku określonego w art. 32, zasiłek opiekuńczy w wymiarze do 8 tygodni, jeżeli przerwie zatrudnienie lub inną działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny.

Art. 33. 1. Zasiłek opiekuńczy przysługuje przez okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki, nie dłużej jednak niż przez okres:

1) 60 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka sprawowana jest nad dziećmi, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1 i 2;
1a) 30 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka sprawowana jest nad dziećmi, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2a i 2b;
2) 14 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka sprawowana jest nad innymi członkami rodziny, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 3.

2. Zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie na opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny za okres nie dłuższy niż 60 dni w roku kalendarzowym. W przypadku gdy opieka jest sprawowana wyłącznie nad osobami, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2a, 2b i 3, zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie za okres nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym.

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

Art. 34. Zasiłek opiekuńczy nie przysługuje, jeżeli poza ubezpieczonym są inni członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym, mogący zapewnić opiekę dziecku lub choremu członkowi rodziny. Nie dotyczy to jednak opieki sprawowanej nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat.

Art. 35. 1. Miesięczny zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku.

2. Do zasiłku opiekuńczego stosuje się odpowiednio przepisy art. 11 ust. 4 oraz art. 12 i 17.

Rozdział 8

Zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków przysługujących ubezpieczonym będącym pracownikami

Art. 36. 1. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

2. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia.

3. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za jeden dzień niezdolności do pracy stanowi jedna trzydziesta część wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku.

4. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego u płatnika składek w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy.

Art. 37. 1. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie, które ubezpieczony będący pracownikiem osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi:

1) wynagrodzenie miesięczne określone w umowie o pracę lub w innym akcie, na podstawie którego powstał stosunek pracy, jeżeli wynagrodzenie przysługuje w stałej miesięcznej wysokości;

2) wynagrodzenie miesięczne obliczone przez podzielenie wynagrodzenia osiągniętego za przepracowane dni robocze przez liczbę dni przepracowanych i pomnożenie przez liczbę dni, które ubezpieczony będący pracownikiem był obowiązany przepracować w tym miesiącu, jeżeli przepracował choćby 1 dzień;
3) kwota zmiennych składników wynagrodzenia w przeciętnej miesięcznej wysokości, wypłacona za miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, pracownikom zatrudnionym na takim samym lub podobnym stanowisku pracy u pracodawcy, u którego przysługuje zasiłek chorobowy, jeżeli ubezpieczony będący pracownikiem nie osiągnął żadnego wynagrodzenia.

Art. 38. 1. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie stanowiące podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się przez podzielenie wynagrodzenia osiągniętego przez ubezpieczonego będącego pracownikiem za okres, o którym mowa w art. 36 ust. 1 i 2, przez liczbę miesięcy, w których wynagrodzenie to zostało osiągnięte.

2. Jeżeli w okresie, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczony będący pracownikiem nie osiągnął wynagrodzenia wskutek nieobecności w pracy z przyczyn usprawiedliwionych, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:
1) wyłącza się wynagrodzenie za miesiące, w których przepracował mniej niż połowę obowiązującego go czasu pracy;
2) przyjmuje się, po uzupełnieniu według zasad określonych w art. 37 ust. 2, wynagrodzenie z miesięcy, w których ubezpieczony będący pracownikiem przepracował co najmniej połowę obowiązującego go czasu pracy.

3. Jeżeli w okresie, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczony będący pracownikiem w każdym miesiącu z przyczyn usprawiedliwionych wykonywał pracę przez mniej niż połowę obowiązującego go czasu pracy, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się wynagrodzenie za wszystkie miesiące po uzupełnieniu według zasad określonych w art. 37 ust. 2.

Art. 39. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego wypłacany zasiłek wyrównawczy traktuje się na równi z wynagrodzeniem.

Art. 40. W razie zmiany umowy o pracę lub innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek pracy, polegającej na zmianie wymiaru czasu pracy, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie ustalone dla nowego wymiaru czasu pracy, jeżeli zmiana ta nastąpiła w miesiącu, w którym powstała niezdolność do pracy, lub w miesiącach, o których mowa w art. 36.

Art. 41. 1. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego nie uwzględnia się składników wynagrodzenia, do których pracownik zachowuje prawo w okresie pobierania tego zasiłku zgodnie z postanowieniami układów zbiorowych pracy lub przepisami o wynagradzaniu, jeżeli są one wypłacane za okres pobierania tego zasiłku.

2. 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 zasiłku chorobowego należnego za okres po tym terminie.

3. Przepis ust. 2 stosuje się odpowiednio do składników wynagrodzenia, których wypłaty zaprzestano na podstawie układu zbiorowego pracy lub przepisów o wynagradzaniu.

Art. 42. 1. Premie, nagrody i inne składniki wynagrodzenia przysługujące za okresy miesięczne wlicza się do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w kwocie wypłaconej 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.

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 miesiąc kalendarzowy.

Art. 44. (uchylony)

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.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do ubezpieczonych będących pracownikami, do których wynagrodzenia nie mają zastosowania przepisy ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r. poz. 2207).

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.

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.

Rozdział 9

Zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków przysługujących ubezpieczonym niebędącym pracownikami

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

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

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

1) przeciętnej miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu

w podstawie wymiaru zasiłku, oraz

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

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

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

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

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

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

1) najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 – dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek;
2) kwota przychodu określona w umowie przypadająca za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, a jeżeli kwota ta w umowie nie została określona, kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy – dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia;
3) przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku – dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych;
4) przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku – dla osób wykonujących pracę nakładczą.

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

3. W przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres tego ubezpieczenia rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, stosuje się odpowiednio przepisy art. 48a. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego:

1) przyjmuje się miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz kwotę zadeklarowaną, w przeliczeniu na pełny miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, w części przewyższającej najniższą podstawę

wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, za miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4;

2) w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, o której mowa w art. 48a ust. 1 pkt 2, uwzględnia się również miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy.

Art. 50. 1. Jeżeli w okresie, o którym mowa w art. 48 lub art. 48a, przychód ubezpieczonego niebędącego pracownikiem uległ zmniejszeniu wskutek niewykonywania pracy lub działalności w okresie pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, 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.

Art. 51. (uchylony)

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

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.

Art. 52b. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla małżonka Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, o którym mowa w art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, stanowi kwota podstawy wymiaru składki, o której mowa w art. 18 ust. 8b tej ustawy.

Rozdział 10

Dokumentowanie prawa do zasiłków i kontrola orzekania o czasowej niezdolności do pracy

Art. 53. 1. Przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny są zaświadczenia lekarskie, o których mowa w art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7, albo wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6.

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

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

Art. 54. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, zwanych dalej „zaświadczeniem lekarskim”, lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera, zwanych dalej „wystawiającym zaświadczenie lekarskie”, po złożeniu, w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego, podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych utworzoną zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 670),

zwaną dalej „elektroniczną skrzynką podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”, lub na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. poz. 2320 oraz z 2021 r. poz. 72 i 802), zwany dalej „adresem do doręczeń elektronicznych”, oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy i przepisów o ochronie danych osobowych.

2. (uchylony)

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

Art. 54a. 1. Wystawiający zaświadczenie lekarskie, mający utworzony profil informacyjny, o którym mowa w art. 55a ust. 1, może udzielić upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich, w jego imieniu i na podstawie danych dotyczących orzeczonej czasowej niezdolności do pracy zawartych w sporządzonej przez niego dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 55 ust. 4 pkt 2, zwanego dalej „upoważnieniem do wystawiania zaświadczeń lekarskich”, osobie wykonującej:

1) zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711);
2) czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 24 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

2. Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich może być udzielone na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, przy czym po upływie tego okresu można udzielać kolejnych upoważnień na okresy nie dłuższe niż 12 miesięcy. Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich może być w każdym czasie cofnięte przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie.

3. (uchylony)

4. (uchylony)

5. (uchylony)

6. Od dnia udzielenia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich do dnia jego cofnięcia albo wygaśnięcia wystawiający zaświadczenie lekarskie ponosi odpowiedzialność wynikającą z przepisów ustawy za skutki nieprawidłowego wystawienia zaświadczenia lekarskiego przez osobę upoważnioną, o której mowa w ust. 1.

7. Osoby upoważnione, o których mowa w ust. 1, mogą być dopuszczone do przetwarzania danych osobowych zawartych w tych dokumentach po wydaniu im przez podmiot wykonujący działalność leczniczą upoważnienia do przetwarzania danych osobowych. Osoby te mogą być obecne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz są obowiązane do zachowania poufności wszelkich informacji i danych uzyskanych w związku z wystawianiem zaświadczenia lekarskiego. Zachowanie poufności obowiązuje również po śmierci ubezpieczonego.

8. (uchylony)

9. (uchylony)

10. (uchylony)

11. Do wystawiania zaświadczeń lekarskich przez osoby upoważnione, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 55 ust. 1–3, art. 55a ust. 1, ust. 2 pkt 1 i 3, ust. 3–6, 8 i 9 oraz art. 58a dotyczące wystawiającego zaświadczenie lekarskie, z tym że:

1) przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55 ust. 3 pkt 4, rozumie się wystawiającego zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 54 ust. 1;
2) po dokonaniu weryfikacji, o której mowa w art. 31b ust. 9 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666), z wynikiem pozytywnym, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, nie później niż w terminie 48 godzin, zapewnia osobie upoważnionej, o której mowa w ust. 1, możliwość wystawiania zaświadczeń lekarskich w formie dokumentu elektronicznego za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na jej profilu informacyjnym;
3) do osoby upoważnionej, o której mowa w ust. 1, przepisy art. 58a stosuje się w celu skorygowania błędu popełnionego w zaświadczeniu lekarskim wystawionym przez tę osobę, a także przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie, który ją upoważnił do wystawiania zaświadczeń lekarskich, oraz przez inne osoby upoważnione przez niego do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11 pkt 3, Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia osobie upoważnionej, o której mowa w ust. 1, na jej profilu informacyjnym, informacje o wcześniejszych zaświadczeniach lekarskich zgromadzonych w rejestrze, o którym mowa w art. 55b ust. 1, wystawionych przez tę

osobę, a także przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie, który ją upoważnił do wystawiania zaświadczeń lekarskich, oraz przez inne osoby upoważnione przez niego do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

13. (uchylony)

14. (uchylony)

15. Udzielanie upoważnień, o których mowa w ust. 1, następuje za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, na zasadach określonych w tej ustawie.

Art. 55. 1. Zaświadczenie lekarskie jest wystawiane zgodnie ze wzorem ustalonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w formie dokumentu elektronicznego podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

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

3. Zaświadczenie lekarskie zawiera:

1) identyfikator i datę wystawienia zaświadczenia lekarskiego;
2) dane ubezpieczonego: pierwsze imię, nazwisko, numer Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności, zwany dalej „numerem PESEL”, albo serię i numer paszportu i datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, oraz adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do pracy;
3) dane płatnika składek: numer identyfikacji podatkowej, zwany dalej „NIP”, lub numer PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL, oraz rodzaj identyfikatora płatnika składek;
4) imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu wystawiającego zaświadczenie lekarskie oraz adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
5) okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w szpitalu;

6) informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość, zgodnie z art. 7 pkt 2, art. 8, art. 9 ust. 2, art. 11 ust. 2 pkt 1 i art. 16, podane z zastosowaniem kodów literowych, o których mowa w art. 57 ust. 1;
7) wskazania lekarskie – odpowiednio: chory powinien leżeć albo chory może chodzić;
8) okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny, datę urodzenia tego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym;
9) numer statystyczny choroby ubezpieczonego ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
10) oznaczenie instytucji, w której ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia.

4. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny:
1) następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny;
2) jest dokumentowane w dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

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

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych w celu wystawienia zaświadczenia lekarskiego udostępnia bezpłatnie wystawiającemu zaświadczenie lekarskie na jego profilu informacyjnym:
1) dane zgromadzone w prowadzonych na podstawie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych:
   a) Centralnym Rejestrze Ubezpieczonych – pierwsze imię, nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania ubezpieczonego,

b) Centralnym Rejestrze Płatników Składek – nazwę skróconą oraz NIP lub numer PESEL albo serię i numer paszportu płatnika składek, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL,

c) Centralnym Rejestrze Członków Rodziny Ubezpieczonych Uprawnionych do Ubezpieczenia Zdrowotnego – datę urodzenia chorego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym;

2) informacje o wcześniejszych zaświadczeniach lekarskich wystawionych ubezpieczonemu, zgromadzone w rejestrze, o którym mowa w art. 55b ust. 1, oraz o zaświadczeniach, o których mowa w art. 59 ust. 8;

3) informacje, czy płatnik składek posiada profil informacyjny płatnika składek, o którym mowa w art. 58 ust. 1.

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

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

5. W przypadku gdy na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie nie zostaną udostępnione dane lub informacje albo zostaną udostępnione dane lub informacje niekompletne lub nieaktualne, brakujące lub aktualne dane lub informacje wystawiający zaświadczenie lekarskie uzyskuje od ubezpieczonego.

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

7. W przypadku gdy wystawienie zaświadczenia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości podpisania zaświadczenia lekarskiego kwalifikowanym podpisem

elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wystawiający zaświadczenie lekarskie w dniu badania przekazuje ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, zawierające dane i informacje, o których mowa w art. 55 ust. 3 pkt 1–8 i 10, opatrzone jego podpisem i pieczątką. Dane i informacje, o których mowa w art. 55 ust. 3 pkt 2, 3 i 10, oraz dane i informacje dotyczące daty urodzenia członka rodziny i stopnia jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym, o których mowa w art. 55 ust. 3 pkt 8, wystawiający zaświadczenie lekarskie uzyskuje od ubezpieczonego.

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

9. Wystawiający zaświadczenie lekarskie, w terminie 3 dni roboczych od dnia wystawienia zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w ust. 7, przekazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, zawierające dane i informacje zawarte w wystawionym zaświadczeniu lekarskim, o którym mowa w ust. 7, oraz informację, o której mowa w art. 55 ust. 3 pkt 9. Jeżeli przekazanie zaświadczenia lekarskiego w tym terminie nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości podpisania zaświadczenia lekarskiego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie zaświadczenia lekarskiego.

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

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

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

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

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

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

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

4. (uchylony)

5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

1) udostępnia Naczelnej Radzie Lekarskiej oraz systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, informacje zgromadzone w rejestrze, o którym mowa w ust. 1;
2) jest uprawniony do korzystania z informacji, o których mowa w ust. 2, zgromadzonych w rejestrach lekarzy prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie oraz zgromadzonych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską.

6. (uchylony)

Art. 57. 1. W zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu

leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość zgodnie z art. 7 pkt 2, art. 8, art. 9 ust. 2, art. 11 ust. 2 pkt 1 i art. 16 podaje się z zastosowaniem następujących kodów literowych:

1) kod A – oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nieprzekraczającej 60 dni – spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą;
2) kod B – oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży;
3) kod C – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu;
4) kod D – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą;
5) kod E – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną chorobą, o której mowa w art. 7 pkt 2.

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

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

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

3. Profil informacyjny płatnika składek są obowiązani utworzyć płatnicy składek obowiązani na podstawie art. 47a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych do przekazywania dokumentów niezbędnych do prowadzenia kont płatników składek i kont ubezpieczonych oraz korekty tych dokumentów przez transmisję danych w formie dokumentu elektronicznego.

4. Płatnicy składek, którzy utworzyli profil informacyjny płatnika składek, są obowiązani do jego utrzymywania także wówczas, gdy nie ma do nich zastosowania obowiązek przekazywania dokumentów niezbędnych do prowadzenia kont płatników składek i kont ubezpieczonych oraz korekty tych dokumentów przez transmisję danych w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 47a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

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

6. Płatnik składek, o którym mowa w ust. 5, w przypadku utworzenia profilu informacyjnego płatnika składek, w terminie 7 dni od dnia utworzenia tego profilu, informuje ubezpieczonego, w formie pisemnej, o ustaniu obowiązku dostarczania mu przez ubezpieczonego wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7.

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

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

– podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

1a. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, przepisu art. 55 ust. 4 pkt 1 nie stosuje się.

2. Jeżeli przekazanie informacji o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, lub nowego zaświadczenia lekarskiego w terminie, o którym mowa w ust. 1, nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości podpisania informacji lub zaświadczenia lekarskiego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem

zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje informację lub zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie informacji lub zaświadczenia lekarskiego.

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

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

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

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

6. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w art. 55a ust. 7, w zaświadczeniu lekarskim na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego błąd został stwierdzony w dniu badania w obecności ubezpieczonego, wystawiający zaświadczenie lekarskie informuje ubezpieczonego o stwierdzeniu nieważności

zaświadczenia lekarskiego, w którym został popełniony błąd, oraz przekazuje ubezpieczonemu nowe zaświadczenie lekarskie. Wystawiający zaświadczenie lekarskie przesyła informację o stwierdzeniu nieważności formularza zaświadczenia lekarskiego w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

7. Przepisy ust. 1–5 stosuje się odpowiednio, jeżeli w przypadku, o którym mowa w art. 55a ust. 7, błąd w zaświadczeniu lekarskim wystawionym na formularzu wydrukowanym z systemu teleinformatycznego zostanie stwierdzony przed przekazaniem zaświadczenia lekarskiego wystawionego w formie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1, na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

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

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 zawiadamia ubezpieczonego o terminie badania przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo przez lekarza konsultanta lub dostarczenia posiadanych wyników badań pomocniczych. Zawiadomienie zawiera informację o skutkach, o których mowa w ust. 6 i 10.

5a. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 5, Zakład Ubezpieczeń Społecznych doręcza:

1) w przypadku osoby fizycznej posiadającej jednocześnie adres do doręczeń elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, oraz profil informacyjny w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na adres do doręczeń elektronicznych oraz przez przekazanie pisma w postaci elektronicznej na profil informacyjny w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo
2) przez operatora wyznaczonego z wykorzystaniem publicznej usługi hybrydowej, o której mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, albo
3) przez operatora pocztowego – w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1041 i 2320), albo
4) przez swoich pracowników lub przez inne upoważnione osoby, albo
5) przez pracodawcę.

5b. Zawiadomienie, o którym mowa w:

1) ust. 5a pkt 1, przekazuje się na piśmie w postaci elektronicznej;
2) ust. 5a pkt 2 i 3, przekazuje się na piśmie w postaci papierowej;
3) ust. 5a pkt 4 i 5, przekazuje się na piśmie w postaci papierowej, telefonicznie lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344), w tym na adres do doręczeń elektronicznych. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 5a pkt 4 i 5, może być przekazane telefonicznie, jeżeli numer telefonu ubezpieczonego jest znany podmiotowi dokonującemu doręczenia.

5c. Zawiadomienie na piśmie w postaci papierowej przesyłane jest na adres pobytu ubezpieczonego w okresie czasowej niezdolności do pracy, wskazany w zaświadczeniu lekarskim.

5d. Ubezpieczony jest zobowiązany podać wystawiającemu zaświadczenie lekarskie adres pobytu w okresie czasowej niezdolności do pracy, jeżeli adres udostępniony na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie lub znajdujący się w dokumentacji medycznej ubezpieczonego różni się od adresu pobytu w okresie czasowej niezdolności do pracy.

5e. Ubezpieczony jest zobowiązany poinformować płatnika składek oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych o zmianie adresu pobytu, o którym mowa w ust. 5c, w trakcie niezdolności do pracy, nie później niż w ciągu 3 dni od wystąpienia tej okoliczności.

5f. W razie niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 5d i 5e, przyjmuje się, że zawiadomienie o terminie badania wysłane na adres pobytu, o którym mowa w ust. 5c, zostało doręczone skutecznie.

5g. Zawiadomienie przekazane telefonicznie ma skutek doręczenia, jeżeli rozmowa była rejestrowana, a ubezpieczony wyraził zgodę na nagranie. Zawiadomienie przekazane za pomocą środków komunikacji elektronicznej ma skutek doręczenia, jeżeli doręczający otrzymał potwierdzenie jego otrzymania przez ubezpieczonego.

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

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

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

9. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 8, lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wystawia w formie dokumentu elektronicznego podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zgodnie ze wzorem ustalonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Przepisy art. 55 ust. 2 i art. 55a ust. 7–9 stosuje się odpowiednio.

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

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

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

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

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

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

– opatrzone jego podpisem i pieczątką.

9e. Ubezpieczony dostarcza płatnikowi składek:

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

2) zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w ust. 9d pkt 2.

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

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

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

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

14. (uchylony)

15. (uchylony)

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

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

– mając na uwadze konieczność zapewnienia prawidłowego i sprawnego orzekania o czasowej niezdolności do pracy, jednolitości trybu i sposobu wystawiania zaświadczeń lekarskich i zaświadczeń, o których mowa w art. 59 ust. 8, oraz sposobu dokumentowania orzeczonej niezdolności do pracy, a także sprawnego sprostowania błędów w wystawionych zaświadczeniach lekarskich.

Art. 60. 1. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lekarskich, w szczególności gdy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione:

1) bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego,

2) bez udokumentowania rozpoznania stanowiącego podstawę orzeczonej czasowej niezdolności do pracy

– Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, w formie decyzji, cofnąć upoważnienie, o którym mowa w art. 54 ust. 1, na okres nieprzekraczający 12 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.

2. W przypadku powtarzającego się naruszania zasad określonych w art. 55 ust. 1–3, art. 55a ust. 6, 7 i 9 oraz art. 57 Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, w drodze decyzji, cofnąć upoważnienie, o którym mowa w art. 54 ust. 1, na okres nieprzekraczający 3 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.

2a. Zakład Ubezpieczeń Społecznych stwierdza, w formie decyzji, wygaśnięcie upoważnienia, o którym mowa w art. 54 ust. 1, w przypadku uzyskania informacji o istnieniu przesłanek, o których mowa w art. 162 § 1 pkt 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.

3. (uchylony)

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

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

6. Przepisy ust. 2, 4 i 5 stosuje się w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lekarskich lub powtarzającego się naruszania zasad określonych w art. 55 ust. 1–3, art. 55a ust. 6 i 9 oraz art. 57 przez osoby upoważnione, o których mowa w art. 54a ust. 1.

7. W przypadku cofnięcia lub wygaszenia wystawiającemu zaświadczenia lekarskie upoważnienia, o którym mowa w art. 54 ust. 1, wygasają udzielone przez niego upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych niezwłocznie przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje dotyczące imienia i nazwiska, numeru PESEL i numeru prawa wykonywania zawodu wystawiającego zaświadczenie lekarskie, któremu cofnięto lub wygaszono upoważnienie, przez wprowadzenie ich do Rejestru Asystentów Medycznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego ten rejestr wraz ze wskazaniem daty, od której cofnięto albo wygaszono upoważnienie.

Art. 60a. 1. Zaświadczenia, o których mowa w art. 55 ust. 1 oraz art. 59 ust. 8, mogą być wystawiane przez system teleinformatyczny Elektroniczna Platforma

Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, za pośrednictwem którego są przekazywane do systemu informatycznego, o którym mowa w art. 55 ust. 1 oraz art. 59 ust. 9.

2. Informacje dotyczące zaświadczeń lekarskich, o których mowa w art. 55 ust. 1, oraz zaświadczeń, o których mowa w art. 59 ust. 8, w zakresie odpowiadającym informacjom prezentowanym w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, są przekazywane systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Rozdział 11

Postępowanie w sprawach ustalania prawa do zasiłków i zasady ich wypłaty

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.

Art. 61a. 1. W celu ustalenia prawa do zasiłku i jego wypłaty Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma prawo do przetwarzania danych i informacji niezbędnych do ustalenia prawa do zasiłków, ich wysokości, podstawy wymiaru oraz do ich wypłaty.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w celu ustalenia prawa do zasiłku i jego wypłaty, może pozyskiwać dane i informacje w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do zasiłków, ich wysokości, podstawy wymiaru oraz do ich wypłat od ubezpieczonych oraz płatników składek, którzy są obowiązani bezpłatnie je udostępnić.

Art. 61b. 1. Postępowanie w sprawie przyznania i wypłaty zasiłku wszczyna się na wniosek złożony w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub na adres do doręczeń elektronicznych.

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

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

zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, przekazanych przez ubezpieczonego;

2) jeżeli płatnikiem zasiłku jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych – na podstawie wydruku zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 7, albo wniosku, o którym mowa w ust. 1, przekazanych przez ubezpieczonego albo płatnika składek upoważnionego przez ubezpieczonego.

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

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

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

5. W przypadku ubezpieczonych, o których mowa w art. 61 ust. 1 pkt 2 lit. a, płatnik składek przekazuje do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wniosek, wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7, wraz z dokumentami niezbędnymi do przyznania i wypłaty zasiłku niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania.

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

Art. 62. 1. Ubezpieczony dostarcza wydruk zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 55a ust. 6, albo zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55a ust. 7:

1) do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – jeżeli płatnikiem zasiłku jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych;

2) płatnikowi składek – jeżeli płatnikiem zasiłku jest płatnik składek nieposiadający profilu informacyjnego płatnika składek.

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

3. (uchylony)

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

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

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

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.

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 na bieżąco po stwierdzeniu uprawnień. Zasiłki te wypłaca

się nie później jednak niż w ciągu 30 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do ustalenia prawa do zasiłku.

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.

3. Osobom, o których mowa w art. 2a ust. 1, zasiłek wypłaca się w terminie określonym w ust. 1, nie później niż w terminie 60 dni od dnia spłaty całości zadłużenia.

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.

3. Osobie wskazanej w ust. 1 i 2, która mieszka za granicą, na jej wniosek zasiłki wypłaca się w formie bezgotówkowej na wskazany przez nią prowadzony w kraju rachunek płatniczy lub wydany w kraju instrument płatniczy w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 794 i 1639 oraz z 2021 r. poz. 355 i 1598) albo na rachunek płatniczy prowadzony w kraju lub wydany w kraju instrument płatniczy osoby przez nią upoważnionej do odbioru, zamieszkałej w kraju, chyba że umowy międzynarodowe stanowią inaczej.

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 lub egzekucji sądowej.

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

Art. 66a. 1. Potrąceń ze świadczeń określonych w ustawie dokonuje się na zasadach przewidzianych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

2. Ze świadczeń określonych w ustawie nie dokonuje się potrąceń należności z tytułu odpłatności za pobyt osób uprawnionych do świadczeń emerytalno-rentowych w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

3. W przypadku przyznania prawa do emerytury na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych za okres, za który ubezpieczony pobierał zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia albo świadczenie rehabilitacyjne, pobrane z tego tytułu kwoty zalicza się na poczet przyznanej emerytury. Kwoty te traktuje się jak świadczenia wypłacane w kwocie zaliczkowej w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

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.

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.

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

Art. 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.

Rozdział 12

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 71–80. (pominięte)

Rozdział 13

Przepisy przejściowe i końcowe

Art. 81. 1. Zasiłki chorobowe, do których prawo powstało przed dniem wejścia w życie ustawy, wypłaca się w wysokości, na zasadach i w trybie określonych w przepisach dotychczasowych, za cały okres nieprzerwanej niezdolności do pracy.

2. Przepis ust. 1 stosuje się do świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wyrównawczego, zasiłku macierzyńskiego i zasiłku opiekuńczego.

3. Wysokość świadczenia rehabilitacyjnego, przyznanego po zakończeniu pobierania zasiłku chorobowego ustalonego według przepisów dotychczasowych, ustala się z uwzględnieniem podstawy wymiaru zasiłku chorobowego ustalonej według dotychczasowych zasad.

Art. 82. Do okresu ubezpieczenia chorobowego, o którym mowa w art. 4, wlicza się okresy ubezpieczenia społecznego, uprawniającego do świadczeń pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa, przed wejściem w życie ustawy, jeżeli przerwa między tymi okresami albo między nimi i ubezpieczeniem chorobowym nie przekracza 30 dni.

Art. 83. (pominięty)

Art. 84. (pominięty)

Art. 85. 1. Tracą moc:

1) ustawa z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 1983 r. poz. 143, z późn. zm.[2)]);

2) art. 6 ust. 1 pkt 2 i 8, ust. 2 pkt 1 i 2 i ust. 5, art. 7, art. 9–11 oraz art. 36–38 ustawy z dnia 19 grudnia 1975 r. o ubezpieczeniu społecznym osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (Dz. U. z 1995 r. poz. 333, z późn. zm.[3)])[4)];

3) art. 3 ust. 1 pkt 2 i 10, ust. 2 pkt 1 i 2, art. 4 oraz art. 6–10 dekretu z dnia 4 marca 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. poz. 135, z późn. zm.[5)])[6)];

4) art. 5 pkt 2 i 8, art. 7, 13–14, art. 15 ust. 1 oraz art. 30 ustawy z dnia 18 grudnia 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą oraz ich rodzin (Dz. U. z 1989 r. poz. 250, z późn. zm.[7)])[8)];

5) art. 7 ust. 1 pkt 2, ust. 2 pkt 2 i ust. 3, art. 9, art. 18–20 oraz art. 23 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o ubezpieczeniu społecznym duchownych (Dz. U. poz. 156, z późn. zm.[9)])[10)].

---

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1985 r. poz. 15, z 1986 r. poz. 202, z 1989 r. poz. 21 i 192, z 1991 r. poz. 450, 457 i 474, z 1995 r. poz. 77 oraz z 1998 r. poz. 1118.

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1995 r. poz. 617, z 1996 r. poz. 461, z 1997 r. poz. 153, z 1998 r. poz. 887 i 1118 oraz z 1999 r. poz. 636.

4) Ustawa utraciła moc z dniem 1 stycznia 2003 r. na podstawie art. 61 pkt 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. poz. 1673), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2003 r.

5) Zmiany tekstu jednolitego wymienionego dekretu zostały ogłoszone w Dz. U. z 1989 r. poz. 190, z 1990 r. poz. 206, z 1991 r. poz. 450, z 1995 r. poz. 17, z 1996 r. poz. 461, z 1997 r. poz. 153, z 1998 r. poz. 1118 oraz z 1999 r. poz. 636.

6) Dekret utracił moc z dniem 1 stycznia 2003 r. na podstawie art. 61 pkt 4 ustawy, o której mowa w odnośniku 4.

7) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1990 r. poz. 206, z 1991 r. poz. 450 i 474, z 1995 r. poz. 17, z 1996 r. poz. 461 i 585, z 1997 r. poz. 153, z 1998 r. poz. 668, 887 i 1118 oraz z 1999 r. poz. 636.

8) Ustawa utraciła moc z dniem 1 stycznia 2003 r. na podstawie art. 61 pkt 5 ustawy, o której mowa w odnośniku 4.

9) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1990 r. poz. 206, z 1991 r. poz. 450, z 1995 r. poz. 17, z 1996 r. poz. 461, z 1997 r. poz. 153, z 1998 r. poz. 887 i 1118 oraz z 1999 r. poz. 636.

10) Ustawa utraciła moc z dniem 1 stycznia 2003 r. na podstawie art. 61 pkt 6 ustawy, o której mowa w odnośniku 4.

2. Do czasu wydania przepisów wykonawczych przewidzianych w ustawie pozostają w mocy przepisy aktów wykonawczych wydane na podstawie ustawy wymienionej w ust. 1 pkt 1, jeżeli nie są sprzeczne z przepisami niniejszej ustawy.

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

1) art. 54, 56, 59, 79 i 83 wchodzą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia[11)];

2) art. 80 wchodzi w życie z dniem 1 listopada 1999 r.

[11)] Ustawa została ogłoszona w dniu 12 lipca 1999 r.