|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uwagi do projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw** | | | | |
| **Lp**. | **Jednostka redakcyjna, której uwaga dotyczy/pkt załącznika/**  **str. uzasadnienia/**  **pkt OSR** | **Podmiot zgłaszający** | **Uwaga** | **Odniesienie się MRPiPS do uwag** |
|  | Uwaga ogólna | Urząd Ochrony Danych Osobowych | Jak wynika z uzasadnienia do projektu jego celem jest wdrożenie rozwiązań zapewniających sprawną i efektywną realizację ustawowych zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) związanych z wydawaniem orzeczeń i kontrolą zaświadczeń lekarskich. Dla realizacji tego celu projektodawca przewiduje rozwiązania prawne w zakresie „doprecyzowania i uszczegółowienia reguł postępowania związanego z wydaniem orzeczenia, w kontekście wprowadzanych zmian w organizacji orzecznictwa oraz z uwzględnieniem dalszej elektronizacji procesu orzekania, w tym zwiększania wykorzystania narzędzi informatycznych we współpracy z podmiotami uczestniczącymi w postępowaniach związanych z wydawaniem orzeczeń. Zgodnie z proponowanymi rozwiązaniami ZUS będzie mógł w ramach realizacji zadań związanych z orzekaniem przez lekarzy orzeczników oraz specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne za pośrednictwem systemu informacji w ochronie zdrowia pozyskać - bez udziału podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych - informacje o zdarzeniach medycznych oraz jednostkowe dane medyczne oraz ustalić czy istnieje elektroniczna dokumentacja medyczna, która może mieć znaczenie dla dokonania ustaleń orzeczniczych. W ramach realizacji zadań możliwe będzie także pozyskanie bezpośrednio od właściwego podmiotu medycznego elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem systemu informacji w ochronie zdrowia”. Projekt dodatkowo zawiera rozwiązania, zgodnie z którymi ZUS będzie mógł pozyskiwać ogromne ilości danych osobowych bezpośrednio z rejestrów prowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską, Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów, Centralnego Rejestru Felczerów oraz rejestrów lekarzy prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie. Jednocześnie projekt przewiduje automatyzację połączeń telefonicznych dotyczących zawiadomienia o terminie badania przy zastosowaniu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych (tzw. voicebotów), a zatem przetwarzanie danych biometrycznych w związku z nagrywaniem rozmów telefonicznych. Projektowane jest także podpisywanie dokumentów przez konsultantów ZUS tzw. certyfikatami z ZUS, które – zgodnie ze deklaracją projektodawcy – mają umożliwiać podpisywanie dokumentów elektronicznych z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym ZUS. Przedmiotowy projekt zawiera zatem szereg rozwiązań wymagających pogłębionej analizy projektodawcy także pod kątem gwarancji ochrony praw konstytucyjnych, tj. prawa do ochrony danych osobowych (art. 51) i prawa do prywatności (art. 47 Konstytucji RP). Projektowany jest bowiem nowy model przetwarzania danych osobowych dla wydawania orzeczeń i kontroli zaświadczeń lekarskich przez ZUS, w tym przy użyciu nowych technologii oraz pozyskiwana dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Projektowane rozwiązania zakładają również stosowanie modelu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych, korzystanie ze sztucznej inteligencji, a także nowych narzędzi służących potwierdzaniu pochodzenia oraz integralności danych dostępnych w systemie teleinformatycznym ZUS. Nie kwestionując celów deklarowanych przez projektodawcę należy podkreślić, że wprowadzenie proponowanej regulacji prowadzić będzie do przetwarzania przy użyciu nowych technologii znacznej ilości i na dużą skalę danych osób fizycznych, w tym danych szczególnych kategorii (w rozumieniu w art. 9 ust 1 rozporządzenia 2016/679), podlegających wzmocnionej ochronie prawnej. Na podstawie projektowanych przepisów będą też przetwarzane w systemach informatycznych informacje objęte tajemnicą prawnie chronioną, zawarte w dokumentacji medycznej, z zastosowaniem technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych biometrycznych. Dodatkowo, dla wydawania orzeczeń i kontroli zaświadczeń lekarskich przez ZUS zakład będzie pozyskiwał szereg innych danych o osobach biorących udział w tych procedurach, łącznie z krajowym numerem identyfikacyjnym PESEL podlegającym ochronie na podstawie i w warunkach określonych w art. 87 rozporządzenia 2016/679 . Za uzasadnione należy więc uznać objęcie w toku procesu legislacyjnego zawartych w projekcie rozwiązań dotyczących przetwarzania danych osobowych testem prywatności, w tym oceną skutków dla ochrony danych wynikającym z rozporządzenia 2016/679, co pozwoliłoby m.in. zbadać czy projektowane przepisy zgodnie z art. 6 ust. 3 z rozporządzenia 2016/679 są proporcjonalne i stanowiące gwarancje odpowiednie do ratio legis, tj. do wyznaczonego, prawnie uzasadnionego celu. Ocena skutków dla ochrony danych osobowych (art. 35 rozporządzenia 2016/679) ułatwiłaby projektodawcy przeprowadzenie analizy niezbędności wprowadzenia określonych rozwiązań tak, by stworzyć regulacje z poszanowaniem zasad przetwarzania danych osobowych i in. przepisów rozporządzenia 2016/679. Istotne jest zatem, aby projektowane przepisy zapewniły stosowanie norm ogólnego rozporządzenia o ochronie danych dla realizacji ratio legis proponowanych rozwiązań i były przeanalizowane z uwzględnieniem ryzyk towarzyszących operacjom przetwarzania takich danych osobowych, a tym samym dawały gwarancje realizacji praw i wolności osób, których dane dotyczą (podmiotów danych). Przeprowadzenie oceny skutków ułatwiłoby wykazanie zgodności z dotyczącymi przetwarzania danych osobowych zasadami, w tym rozliczalności wynikającymi z art. 5 rozporządzenia 2016/679 a także wykazanie spełnienia warunków przetwarzania danych osobowych określonych w art. 6 ust. 3 i art. 9 ust. 2 i 3. Ocena taka pozwala ocenić czy rozwiązania zawarte w projekcie przewidują jednocześnie odpowiednie zabezpieczenia praw i wolności osób, których dane dotyczą. | **Uwaga wyjaśniona**  Z projektu ustawy usunięte zostały regulacje przewidujące automatyzację połączeń telefonicznych dotyczących zawiadomienia o terminie badania przy zastosowaniu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych (tzw. voicebotów), a zatem ewentualne przetwarzanie danych biometrycznych w związku z nagrywaniem rozmów telefonicznych.  Wyjaśnienia w pozostałym zakresie zawarte są w Lp. 10 oraz 32. |
|  | Uwaga ogólna | NSZZ Solidarność | Ze względu na społeczne oczekiwania naprawy systemu orzeczniczego, jego sprawności i dostępności proponowane zmiany powinny być szeroko skonsultowane. Tak daleko idące systemowe zmiany powinny zostać poprzedzone przeprowadzeniem pilotażu, tak aby wyeliminować ewentualne, zdiagnozowane zagrożenia dla efektywności systemu orzeczniczego. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiany zostały szeroko skonsultowane z ZUS, który będzie wykonawcą projektowanych przepisów. Nie przewiduje się przeprowadzenia pilotażu. |
|  | Uwaga ogólna | Przewodniczący Komisji Lekarskich ZUS | Nie możemy zgodzić się ze stwierdzeniem, że do optymalizacji wydawania orzeczeń przez lekarzy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych niezbędna jest likwidacja komisji lekarskich.  Komisje lekarskie Zakładu zostały powołane do życia w dniu 1.01.2005 roku. Dzięki temu po złożeniu sprzeciwu do orzeczenia lekarza orzecznika przez osobę zainteresowaną- sprawa jest rozpatrywana przez trzech lekarzy. Jak pokazała praktyka orzecznicza, takie rozwiązanie okazało się bardzo trafne, w istotny sposób zmniejszyło liczbę odwołań do Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, jak również zmniejszyło liczbę wyroków sądowych (w wartościach bezwzględnych), które zmieniają decyzje wydawane przez ZUS. Podjęcie próby likwidacji bardzo dobrze funkcjonującej komórki ZUS, jaką są komisje lekarskie, uważamy w związku z tym za działania chybione.  Projekt omawianej ustawy zakłada, że: ‘Proponowane rozwiązanie umożliwi efektywne wykorzystanie kadr medycznych przy jedoczesnym zagwarantowaniu, tak jak obecnie, możliwości ponownego rozpatrzenia sprawy w ramach postępowania prowadzonego przed ZUS, z niezbędnymi gwarancjami bezstronności, co oznacza wyłączenie lekarza w pierwszej instancji w danej sprawie od orzekania w tej sprawie toczącym się w drugiej instancji’. Uzasadnienie to nie jest jednak trafione. Projekt zakłada bowiem, że w przypadku złożenia zarzutu wadliwości do orzeczenia lekarza pierwszej instancji, w drugiej instancji będzie orzekał również lekarz orzecznik, ale inny. Tyle tylko, że lekarz mający orzekać w drugiej instancji będzie wyznaczany przez Głównego Lekarza Orzecznika, czyli tą samą osobę, która taki zarzut wadliwości składa. Nie ma tu zatem żadnej mowy o bezstronności, jest to sytuacja, w której podwładny będzie oceniał decyzje swojego przełożonego, a zatem osoby, która decyduje o wynagrodzeniach swoich pracowników, jak również premiach, na przykład kwartalnych.  Niewątpliwym jest również fakt, że zdecydowana większość osób, które starają się w ZUS o świadczenia zależne od orzeczeń lekarskich, dotknięta jest wielochorobowością. Z tej przyczyny nie jest w wielu przypadkach możliwe wyznaczenie do sprawy lekarza, który w sposób holistyczny oceni stan funkcjonalny badanego. Tą rolę spełnia właśnie komisja lekarska ZUS, spełnia zresztą wzorowo. Przypominamy, że wg obowiązujących procedur Przewodniczący Komisji Lekarskich organizuje prace komisji lekarskich, w tym tworzy składy komisyjne i kieruje poszczególnych pacjentów do wielospecjalistycznego badania. W komisjach tych często zasiadają specjaliści różnych gałęzi medycyny, w ten sposób możliwe jest jak najdokładniejsze rozpatrzenie sprawy. Co ważne, Przewodniczący Komisji Lekarskich nie jest w żaden sposób zależny od Głównego Lekarza Orzecznika, który stawia zarzuty wadliwości do orzeczeń lekarzy pierwszej instancji.  Biorąc pod uwagę próby wprowadzenia zmian w ZUS, szczególnie w tak ważnej kwestii jak planowanie wydawania orzeczeń lekarskich, należy również wziąć pod uwagę w jaki sposób prowadzone są postępowania przez Sądem Pracy i Ubezpieczeń Społecznych. Sądy prawie w każdym przypadku powołują licznych Biegłych z wielu dyscyplin medycznych. Doświadczenie Przewodniczących Komisji Lekarskich pokazuje, że powoływanie się na ocenę w ZUS przez komisję lekarską w 3-osobowym składzie, często specjalistów różnych dziedzin, w sposób znaczący wpływa na decyzje podejmowane w Sądach, oczywiście na korzyść ZUS.  Miejmy na uwadze, że za każdym orzeczeniem stoi człowiek. Druga instancja, czyli instancja odwoławcza, niezależnie od tego, jaka jest to instytucja, powinna stwarzać możliwości do gruntownej dyskusji nad daną osobą i jej problemami, w naszym przypadku problemami zdrowotnymi i ich implikacjami na niezdolność do pracy. Obecne propozycje ustawowe wskazują na to, że zarzucona zostanie jakość przez lata wypracowywana przez lekarzy członków komisji lekarskich na rzecz ilości wydawanych orzeczeń. Rozumiemy, rzecz jasna, problemy kadrowe w Zakładzie, ale likwidacja komisji lekarskich nie jest właściwą drogą postępowania. Pamiętajmy również, że jednoosobowa instancja odwoławcza nigdy nie będzie w pełni satysfakcjonująca dla osób korzystających ze świadczeń uzależnionych od orzeczeń lekarskich.  W opracowaniu naukowym z 2008 roku Pana Profesora Edwarda Warzochy pt. ‘Skutki wprowadzenia dwuinstancyjnego postępowania lekarskiego w sprawach rentowych’ stworzono podsumowanie po powołaniu w 2005r. komisji lekarskich ZUS. Raport ewidentnie wskazuje na to, że dwuinstancyjność zmniejszyła wpływ spraw do sądów powszechnych: „Myślą przewodnią wprowadzonej zmiany było ograniczenie przerzucania na sądy przeprowadzania dowodów o charakterze lekarskim, które to dowody, w sposób potrzebny do dokonania ustaleń faktycznych, powinny być w sposób wyczerpujący przeprowadzone w postępowaniu przed organami rentowymi”. Sposób wyczerpujący jest natomiast możliwy tylko wtedy, kiedy druga instancja będzie 3-osobowa, na podobnej zasadzie działają przecież Sądy Apelacyjne. Ekspert wskazuje też w raporcie, iż orzekanie 1-osobowe może rodzić istotne wątpliwości. Implikuje to wnioski, że aby je rozwiać-nie powinno być 1-osobowej drugiej instancji: „Działalność orzecznicza komisji lekarskich na etapie postępowania administracyjnego spowodowała wyjaśnienie wątpliwości powstałych przy jednoosobowym orzecznictwie lekarskim i zbyteczność dalszego prowadzenia postępowania rentowego przed sądem.” | **Uwaga nieuwzględniona.**  Intencją Ministerstwa jest wprowadzenie reformy orzecznictwa z poszanowaniem wiedzy i doświadczenia Przewodniczących Komisji Lekarskich ZUS. Dotychczasowy wkład pracy tej kategorii pracowników w realizację ustawowych obowiązków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest bowiem nie do przecenienia.  Głównym celem zmian jest zagwarantowanie obywatelom szybkiego, rzetelnego i efektywnego wydawania orzeczeń lekarskich, a także kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy. Do osiągnięcia tego celu, co potwierdzają również obserwacje i analizy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, konieczne jest przeprowadzenie zmian  kadrowo-organizacyjnych.  Przyjęte w projekcie rozwiązania, w tym dostosowanie specjalizacji lekarza orzecznika do jednostki chorobowej bądź urazu klienta, kontrola i nadzór, w ocenie projektodawcy stwarzają wystarczające ramy dla zapewnienia właściwej jakości wydawanych orzeczeń, pomimo braku kolegialności w II instancji..  Nadmienić należy, że również w sądownictwie wyraźnie zaznacza się tendencja do odchodzenia od orzekania w składach 3-osobowych, a przyczyny, które temu przyświecają, w swej istocie są tożsame z tymi, które uwzględniało Ministerstwo pracując nad koncepcją zmian w obszarze orzecznictwa lekarskiego.  W celu monitorowania i weryfikacji zgodności poczynionych założeń z rzeczywistymi skutkami społeczno-gospodarczymi wdrożonej zmiany, w OSR przewidziano jej ewaluację, którą będzie prowadzić i monitorować ZUS, a o jej wynikach i wnioskach sygnalizować Ministerstwu. Wyniki tej ewaluacji w razie potrzeby będą podstawą do podjęcia ewentualnych działań interwencyjnych. |
|  | Art. 1 projektu, w tym m.in. art. 1 pkt. 1 lit. a tiret drugie projektu w zakresie zmiany art. 68 ust. 1 pkt. 5  Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie art. 85d ust. 5 | NSZZ Solidarność | Projekt obniża rangę orzeczeń w szeroko rozumianym systemie zabezpieczenia społecznego, które do tej pory były wydawane przez lekarzy orzeczników oraz znacząco zmniejsza udział lekarzy w procesie orzekania na potrzeby ustalenia prawa do świadczeń obsługiwanych przez ZUS. Dotyczy to nie tylko powierzenia funkcji orzeczniczych w sprawach niektórych świadczeń specjalistom wykonującym niektóre samodzielne zawody medyczne, ale przede wszystkim wprowadzenia zasady, iż odwołania od orzeczeń wydawanych w pierwszej instancji będą wydawane jednoosobowo przez lekarzy orzeczników, a nie przez komisje lekarskie. Zwrócono uwagę, że rzadko zdarza się, aby przyczyną np. niezdolności do pracy były następstwa jednego schorzenia, a zatem przy rozpatrywaniu indywidualnej sprawy często nie wystarczy wysokospecjalistyczna wiedza z jednej tylko dziedziny medycyny. Może to spowodować, że efekt w postaci przyśpieszenia postępowań w sprawie ustalenia prawa do świadczeń prowadzonych przez ZUS nie zostanie osiągnięty. W przypadku niekorzystnych dla ubezpieczonych orzeczeń pierwszoinstancyjnych wydanych przez przedstawicieli innych niż lekarze samodzielnych zawodów medycznych jak również orzeczeń drugoinstancyjnych wydanych jednoosobowo przez lekarzy orzeczników może wzrosnąć presja na odwołanie się od odmownej decyzji organu rentowego ZUS do sądu, gdyż ubezpieczeni będą oczekiwać, aby oceny ich stanu zdrowia dokonał biegły lekarz sądowy. Ponieważ sądy pracy i ubezpieczeń borykają się z analogicznymi do ZUS problemami dotyczącymi niedoboru kadry lekarskiej wydającej orzeczenia na potrzeby postępowań sądowych w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych może zostać osiągnięty efekt odwrotny od oczekiwanego. Przeciętny okres oczekiwania na świadczenie może wydłużyć się jeszcze bardziej. Dlatego też zaproponowano wprowadzenie przepisu, który zobowiąże do cyklicznego przeprowadzania przeglądu systemu orzeczniczego w celu zweryfikowania czy wprowadzone zmiany spełniły zamierzenia projektodawcy, czy też doprowadziły do odwrotnego efektu, powodując wydłużenie czasu oczekiwania na ostateczne orzeczenie dla ubezpieczonego. | **Uwaga nieuwzględniona.**  W ocenie Ministerstwa projektowane rozwiązania mają na celu zwiększenie rangi tych orzeczeń, gdyż – wbrew dotychczasowej praktyce – zmierzają one do każdorazowego powiązania specjalizacji podmiotu wydającego orzeczenie z urazem lub schorzeniem osoby badanej.  Właściwa jakość orzeczeń będzie zapewniana przez mechanizmy kontrolne wewnątrz Zakładu, tj. realizowaną już po wydaniu orzeczenia przez głównego lekarza orzecznika albo jego zastępcę analizę ustaleń dokonanych w orzeczeniu, pod względem merytorycznym i formalnym, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – zgłoszenie zarzutu wadliwości orzeczenia i skierowanie sprawy do ponownego rozpatrzenia przez lekarza orzecznika. Kluczowa w tym zakresie będzie jednakże kontrola tych orzeczeń w toku sądowego postępowania odwoławczego.  W ocenie skutków regulacji została przewidziana ewaluacja, którą będzie prowadzić i monitorować ZUS, a o jej wynikach i wnioskach sygnalizować Ministerstwu. Wyniki tej ewaluacji w razie potrzeby będą podstawą do podjęcia ewentualnych działań interwencyjnych. |
|  | Art. 1 projektu, w tym m.in. w zakresie art.. 68 ust. 1 pkt. 5 | NSZZ Solidarność | W projekcie brak jest definicji pojęcia specjalisty wykonującego samodzielny zawód medyczny oraz nie określa przedstawicieli jakich samodzielnych zawodów medycznych mieliby pełnić funkcje orzecznicze w centrach orzeczniczych. Z uzasadnienia wynika, ze chodzi o powierzenie fizjoterapeutom kompetencji do wydawania orzeczeń w sprawach o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej w zakresie profilu narządu ruchu oraz pielęgniarkom i pielęgniarzom kompetencji do wydawania orzeczeń w sprawach o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej w zakresie profilu narządu ruchu oraz pielęgniarkom i pielęgniarzom kompetencji do wydawania orzeczeń w sprawach dotyczących niezdolności do samodzielnej egzystencji. Z uwagi na deklarowany w projekcie wyjątkowy charakter orzeczeń wydawanych przez specjalistów wykonujących samodzielny zawód medyczny kwestie te powinny być precyzyjnie określone w ustawie.  Niezbędne wydaje się rozszerzenie projektu o przepisy zmieniające ustawy regulujące wykonywanie samodzielnych zawodów medycznych, których przedstawiciele mieliby pełnić funkcje orzecznicze w centrach orzeczniczych ZUS. Zarówno art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych jak i art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty nie stanowią dostatecznie sprecyzowanej podstawy normatywnej do pełnienia przez przedstawicieli omawianych samodzielnych zawodów medycznych funkcji orzeczniczych w zakresie proponowanym w projekcie. | **Uwaga uwzględniona.**  W celu wyeliminowania potencjalnych wątpliwości interpretacyjnych w art. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, zwanej dalej „u.s.u.s.”, została dodana definicja pojęcia „osoba wykonująca samodzielny zawód medyczny” – w której w jednoznaczny sposób sprecyzowany został krąg podmiotów, których ona dotyczy.  Podstawa prawna do wykonywania przez pielęgniarki i fizjoterapeutów założonych w projekcie działań została zapewniona poprzez rozszerzenie odpowiednio w art. 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, zakresu czynności realizowanych w ramach wykonywanego przez nich zawodu, tj. wydawania orzeczenia w sprawach  o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej w zakresie profilu narządu ruchu oraz w sprawach, w których ustala się niezdolność do samodzielnej egzystencji). |
|  | Art. 1 pkt. 1 projektu w zakresie zmian art. 68 ust. 1 pkt 5 | OPZZ | Art. 68 ust. 5 pkt 5 – stanowi o orzekaniu przez lekarzy orzeczników oraz specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne dla potrzeb ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, innych świadczeń należących do właściwości Zakładu oraz dla celów realizacji zadań zleconych Zakładowi na podstawie innych ustaw, a także w zakresie kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy.  OPZZ pozytywnie ocenia propozycję dopuszczenia innych zawodów medycznych dla potrzeb orzecznictwa, zwłaszcza przy ubieganiu się o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. Takie rozwiązanie pozwoli na odciążenie lekarzy orzeczników oraz zmniejszy obecny deficyt kadrowy, co w konsekwencji stanowić będzie skrócenie czasu w oczekiwaniu na badania oraz zmniejszy koszty wynagrodzeń. | **Uwaga przyjęta do wiadomości.** |
|  | Art. 1 projektu  w tym m.in. dot.  Art. 1 pkt 1 lit. a tiret drugie projektu w zakresie zmiany art. 68 ust. 1 pkt 5 | Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego | Odnośnie do zmian w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych zaproponowanych w art. 1. projektu ustawy nasze największe zastrzeżenia budzi możliwość wydawania orzeczeń - dla potrzeb ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych - przez specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne. W proponowanej ustawie powierza się wydawanie orzeczeń w sprawach dotyczących skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS - fizjoterapeutom, a w sprawach świadczeń uzależnionych od stwierdzenia niezdolności do samodzielnej egzystencji - pielęgniarkom i pielęgniarzom.  Zgodnie z przepisami ustawy z 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty wykonywanie tego zawodu polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na diagnostyce funkcjonalnej pacjenta; kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu fizykoterapii, kinezyterapii i masażu, zlecaniu wyrobów medycznych, wydawaniu opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii. Zwracamy uwagę, że rehabilitacja jest pojęciem szerszym niż fizjoterapia i obejmuje kompleksowe działania w stosunku do osób niepełnosprawnych fizycznie lub psychicznie, mające na celu przywrócenie pełnej lub częściowej sprawności fizycznej bądź psychicznej. Rehabilitacja obejmuje ogół czynności lekarzy o różnych specjalnościach, które pozwalają choremu wrócić do pracy, aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym oraz odbudować się psychicznie. To długotrwały proces medyczno-społeczny, a jego celem jest poprawa stanu zdrowia oraz polepszenie jakości życia osób niepełnosprawnych. Fizjoterapia jest odpowiedzialna za powrót do zdrowia fizycznego poprzez konkretne zabiegi i ćwiczenia, rehabilitacja do dobrostanu ogólnego i powrotu do pełni funkcjonowania psychicznego, emocjonalnego oraz społecznego. Należy podkreślić, że rehabilitacja w zakresie narządu ruchu jest tylko jednym z profili rehabilitacji realizowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a kierowani na nią ubezpieczeni, są zwykle chorymi obciążonymi wielochorobowością. Przy wydawaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS konieczne jest dokonanie oceny stanu zdrowia, stopnia naruszenia sprawności organizmu w następstwie wszystkich rozpoznanych schorzeń oraz rokowania odzyskania zdolności do pracy. Ponadto lekarz kierujący chorego na rehabilitację musi również ocenić, czy nie istnieją przeciwskazania medyczne do jej przeprowadzenia. Nie ulega zatem wątpliwości, że to jedynie lekarz posiada odpowiednie kompetencje do wydawania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach programu prewencji rentowej.  Przy orzekaniu o niezdolności do samodzielnej egzystencji lekarze orzekający dokonują oceny nie tylko w zakresie możliwości samodzielnego zaspokajania takich podstawowych potrzeb życiowych, jak poruszanie się i przemieszczanie, utrzymywania higieny osobistej, ubieranie się, przyrządzanie i przyjmowanie posiłków, ale także konieczności pomocy i opieki wynikającej ze schorzeń natury psychicznej. Konieczne jest dokonanie łącznej oceny następstw wszystkich rozpoznanych schorzeń, a także rokowania co do możliwości poprawy stanu funkcjonalnego w wyniku leczenia i rehabilitacji w celu ustalenia okresu trwania niezdolności do samodzielnej egzystencji. Wskazane w ustawie z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej kompetencje, tj. rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych pacjenta oraz orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych w naszej opinii nie są wystarczające do wydania medycznie uzasadnionych i zgodnych z zasadami orzecznictwa lekarskiego orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji. | **Uwaga nieuwzględniona.**  W projektowanych przepisach przewidziano rozwiązania, które mają gwarantować właściwą jakość wydawanych orzeczeń:   1. Wysokie kwalifikacje i odpowiednie doświadczenie zawodowe – w przepisach wykonawczych zostaną określone kwalifikacje, jakie muszą spełniać osoby wykonujące samodzielne zawody medyczne, tj. przede wszystkim legitymowanie się tytułem specjalisty – odpowiednio w dziedzinie pielęgniarstwa albo fizjoterapii, a także wykonywanie zawodu przez określony czas. 2. Odpowiednie przygotowanie do realizacji zadań - przed przystąpieniem do wydawania orzeczeń, każda z osób wykonujących samodzielny zawód medyczny będzie zobowiązana do odbycia przeszkolenia, zgodnie z dedykowanym programem, obejmującym między innymi zagadnienia z zakresu przepisów prawa mających zastosowanie w orzecznictwie lekarskim, zasad i trybu wydawania orzeczeń, a także standardów orzekania. 3. Mechanizmy kontrolne i decyzyjne na każdym etapie postępowania związanego z wydaniem orzeczenia, zapewniające możliwość wszechstronnej oceny okoliczności wynikających z celu, dla którego wydawane jest orzeczenie, a tym samym prawidłowość ustaleń orzeczniczych.   Decyzja o tym, do kogo powinna zostać skierowana sprawa do rozpatrzenia, tj. czy do lekarza czy do osoby wykonującej samodzielny zawód medyczny, będzie w każdym przypadku podejmowana przez głównego lekarza orzecznika albo zastępcę głównego lekarza orzecznika, który w szczególności:   * analizuje kompletność dokumentacji niezbędnej do wydania orzeczenia przed skierowaniem sprawy do lekarza orzecznika albo osoby wykonującej samodzielny zawód medyczny, * wydaje dyspozycję co do sposobu rozpatrzenia sprawy, mając na uwadze potrzebę dokonania prawidłowej oceny okoliczności wynikających z celu, dla którego wydawane jest orzeczenie, * zleca uzupełnienie dokumentacji, w szczególności poprzez wydanie opinii specjalistycznej przez lekarza konsultanta, wykonanie badań dodatkowych lub przeprowadzenie obserwacji szpitalnej.   W przypadkach szczególnie złożonych pod względem orzeczniczym lub wymagających specjalistycznej wiedzy medycznej (np. wielochorobowość) będzie możliwość skierowania sprawy do lekarza specjalisty albo zostanie uzupełniona dokumentacja medyczna niezbędna do wydania orzeczenia, np. o opinię specjalistyczną lekarza konsultanta – specjalisty z określonej dziedziny medycyny. Aktualnie w ZUS zatrudniani są wyłącznie lekarze z tytułem specjalisty, a mimo to – w każdym przypadku, gdy zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna nie jest wystarczająca do wydania orzeczenia – zlecane są w toku obsługi sprawy konsultacje specjalistyczne, jak i badania dodatkowe lub obserwacje szpitalne. Należy zgodzić się z argumentem, że przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych konieczne jest uwzględnienie wszystkich schorzeń, z powodu których jest leczona osoba zainteresowana oraz dokonanie łącznej oceny ich następstw, powodujących naruszenie sprawności organizmu oraz określenie możliwości poprawy stanu funkcjonalnego w wyniku leczenia i rehabilitacji.  Z tego względu przy rozpatrywaniu indywidualnej sprawy do dokonania właściwej oceny orzeczniczej niezbędna jest kompleksowa analiza wszystkich dostępnych źródeł informacji o stanie funkcjonowania osoby badanej. Zaprojektowane rozwiązania zapewniają w tym zakresie niezbędne mechanizmy.  Dodatkowo, już po wydaniu orzeczenia główny lekarz orzecznik albo jego zastępca będzie analizował ustalenia dokonane w orzeczeniu, pod względem merytorycznym i formalnym, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – będzie mógł zgłosić zarzut wadliwości orzeczenia i skierować sprawę do ponownego rozpatrzenia przez lekarza orzecznika.  Należy mieć na względzie, że osoby wykonujące samodzielne zawody medyczne będą mogły w określonych rodzajach spraw przeprowadzać badania i wydawać orzeczenia, gdyż na podstawie już obowiązujących regulacji branżowych posiadają one legitymację do wykonywania w ramach swojego zawodu określonych czynności, odpowiednich do rodzaju spraw, w których będą mogły wydawać orzeczenia (a w szczególności – w przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy – orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych,  a przypadku fizjoterapeutów – wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii). Wykonywanie zawodu, zarówno pielęgniarki/pielęgniarza jak i fizjoterapeuty, następuje z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej. |
|  | Art. 1 projektu  w tym m.in. dot.  art. 1 pkt 1 lit. a tiret drugie projektu w zakresie zmiany art. 68 ust. 1 pkt 5 | Porozumienie Zielonogórskie | Zdaniem Federacji zmiana w orzecznictwie dla ZUS i dopuszczenie, żeby inne zawody medyczne weryfikowały to co napisał lekarz w zaświadczeniu o stanie zdrowia jest błędne. PZ wskazało, że „ZUS ma problem z zatrudnianiem lekarzy, gdyż proponuje nieatrakcyjne warunki pracy, zarówno finansowo jak i pozafinansowo, i zamiast przygotować zachęcające do pracy warunki to próbuje ich ominąć”. | **Uwaga wyjaśniona.**  Osoby wykonujące samodzielny zawód medyczny będą mogły przeprowadzać badania i wydawać orzeczenia jedynie w określonych rodzajach spraw,  w szczególności – w przypadku pielęgniarek/ pielęgniarzy – o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, a w przypadku fizjoterapeutów – odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii. Podmioty te będą występować w procesie orzeczniczym wyłącznie w I instancji.  W ocenie Ministerstwa wskazane ryzyko na gruncie nowelizowanej ustawy w ogóle nie wystąpi. |
|  | Art. 1 pkt 1 w zakresie art. 68 ust. 1 pkt. 7 | OPZZ | art. 68 ust. 5 pkt. 7 - przepis odnoszący się do obowiązku informowania o zadaniach w obszarze orzecznictwa przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, o zadaniach wykonywanych przez Zakład, należy doprecyzować o sposób przekazywania tej informacji. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Określenie formy jest bezprzedmiotowe. ZUS powinien mieć zagwarantowaną swobodę doboru optymalnych metod komunikacji. |
|  | art. 1 projektu pkt 2 w zakresie zmiany art. 68b ust. 1 i ust. 3 | Urząd Ochrony Danych Osobowych | W projektowanym art. 68b ust. 1 i ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych uregulowano narzędzie technologiczne w postaci certyfikatu umożliwiającego podpisywanie dokumentów elektronicznych z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym ZUS. Jak wynika z uzasadnienia projektu, „Certyfikat ten został przygotowany w celu podpisywania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, przekazywanych do ZUS. Wykorzystywany jest on również przez lekarzy i upoważnionych pracowników medycznych do podpisywania w postaci elektronicznej recept czy też innej elektronicznej dokumentacji medycznej. Narzędzie to stanowi wygodny instrument do podpisywania dokumentów elektronicznych i jest udostępniane bezpłatnie przez ZUS”. Projektowane rozwiązanie budzi wątpliwości organu nadzorczego odnośnie do poszanowania zasad dotyczących przetwarzania danych osobowych: przejrzystości (5 ust. 1 lit. a), integralności i poufności (5 ust. 1 lit. f) a także rozliczalności (5 ust. 2 rozporządzenia 2016/679). Należy bowiem podkreślić, że przed wdrożeniem certyfikatu ZUS zasadne byłoby przeprowadzenie dokładnej analizy technicznych i prawnych aspektów jego działania i używania, aby zweryfikować czy proponowane rozwiązanie jest bezpieczne, spełnia odpowiednie normy techniczne i czy rzeczywiście jego wprowadzenie jest niezbędne. Niestety, brak przeprowadzenia dla projektowanych zmian oceny skutków dla ochrony danych, a także fakt iż, w uzasadnieniu do projektu nie przedstawiono szczegółowej analizy wprowadzenia w życie takiego rozwiązania nie pozwala jednoznacznie ocenić konsekwencji stosowania ww. certyfikatu przez ZUS. W ocenie Prezesa UODO przede wszystkim należałoby doprecyzować, czym certyfikat ten różni się od już dostępnych narzędzi, takich jak kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany oraz podpis osobisty, i dlaczego istnieje potrzeba wprowadzenia dodatkowego, kolejnego rozwiązania cyfrowego. Każde z wymienionych narzędzi umożliwia potwierdzenie tożsamości i integralności podpisywanych dokumentów w sposób uznawany za wiarygodny, zatem kluczowe jest wyjaśnienie i doprecyzowanie jaką unikalną funkcję miałby pełnić certyfikat ZUS w procesie przetwarzania danych w systemie ZUS i czy jego wprowadzenie wpływa na wyższe gwarancje dla bezpieczeństwa danych i poufności wymienianych informacji, szczególnie w kontekście wymogów ochrony danych osobowych. By proponowane rozwiązanie spełniało swoje cele, należałoby zwrócić uwagę na kilka kluczowych aspektów. Przede wszystkim certyfikat ZUS powinien oferować odpowiednie mechanizmy zabezpieczające dane osobowe oraz integralność i autentyczność podpisywanych dokumentów. W kwestii bezpieczeństwa niezwykle istotna jest ochrona przede wszystkim certyfikatu z kluczem publicznym oraz klucza prywatnego, służącego do szyfrowania informacji, która powinna być realnie zapewniona przez podmioty stosujące nowe rozwiązania, zwłaszcza podmioty publiczne czy realizujące zadania dla dobra publicznego, ale i jednostkowego osób, których dane dotyczą. Ponadto rozwiązanie to powinno być dobrze i bezpiecznie zintegrowane z istniejącym systemem teleinformatycznym ZUS oraz innymi podmiotami uczestniczącymi w procesach orzeczniczych, tak aby zapewnić bezproblemową wymianę danych oraz zgodność technologiczną. Nie bez znaczenia jest także aspekt cyberbezpieczeństwa przetwarzanych z użyciem certyfikat ZUS informacji – jego zagwarantowanie przyczynia się dla ochrony danych osobowych. | **Uwaga wyjaśniona.**  Nowelizacja art. 68b u.s.u.s. obejmuje jedynie aktualizację już istniejącego i z powodzeniem funkcjonującego rozwiązania, poprzez wskazanie rodzaju dokumentu, który może być podpisywany tym certyfikatem, tj. opinii specjalistycznych w postępowaniach dotyczących wydawania orzeczeń i kontroli zaświadczeń lekarskich przez lekarzy konsultantów ZUS. Przedmiotowy certyfikat został pierwotnie przygotowany w celu podpisywania elektronicznych zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy (e-ZLA), przekazywanych do ZUS, i jest on wykorzystywany w praktyce od 1 grudnia 2018 r. (tj. od momentu wdrożenia e-ZLA). Aktualnie lekarze i upoważnieni pracownicy medyczni korzystają z niego również do podpisywania w postaci elektronicznej recept czy też innej elektronicznej dokumentacji medycznej. Narzędzie to stanowi wygodny instrument do podpisywania dokumentów elektronicznych i jest udostępniane bezpłatnie przez ZUS.  Zgodnie z art. 24 RODO ZUS dba o wdrożenie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, tak aby przetwarzanie odbywało się zgodnie z przepisami rozporządzenia.  Uwzględniając elektronizację procesu orzekania w ZUS, w tym zwiększanie wykorzystania narzędzi informatycznych we współpracy z podmiotami uczestniczącymi w postępowaniach związanych z wydawaniem orzeczeń (wymiana danych, dokumentów niezbędnych do wydania orzeczenia) oraz upowszechnianiem komunikowania się drogą elektroniczną, rozszerzenie katalogu dokumentów podpisywanych tym certyfikatem ma na celu usprawnienie postępowania orzeczniczego. |
|  | Art. 1 pkt 2 lit. a w zakresie art. 68b ust. 1 pkt. 2 | ZUS | Do pkt 2 lit. a w zakresie art. 68b ust. 1 w pkt 2 nowelizowanej ustawy uprzejmie prosimy o wykreślenie w projektowanym przepisie wyrazów „i psychologom”; utworzenie specjalnej usługi dla ograniczonego do kilkudziesięciu podmiotów kręgu nie ma ekonomicznego uzasadnienia. Nadmieniamy, że Zakład jest w trakcie konsultacji dotyczących sposobu ewolucji świadczonej dotychczas usługi eZUS. Z tego powodu a także ze względów organizacyjnych i technologicznych wskazane jest wykorzystanie innych metod autoryzacji, nie wymagających zmian w ustawie; | **Uwaga uwzględniona.**  Z projektu ustawy wykreślono sformułowanie  „i psychologom” zgodnie z intencją zgłaszającego uwagę. |
|  | Art. 1 pkt 2 projektu w zakresie art. 68b | Porozumienie Zielonogórskie | Próba wprowadzenia w art. 68b dwóch rodzajów certyfikatów służących do podpisywania dokumentów jest błędem. Będą w obrocie dwa rodzaje certyfikatów i będzie dochodziło do pomyłek, tym bardziej że te "dodatkowe" certyfikaty nie będą przekazywane do Centrum eZdrowia. Pracownicy medyczni i personel pomocniczy powinni mieć jeden certyfikat i nim się posługiwać we wszystkich miejscach pracy i we wszystkich swoich czynnościach zawodowych. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Wyjaśnienie w Lp. 10. |
|  | Art. 1 pkt. 3 projektu w zakresie art. 73 ust. 3 pkt. 5 | ZUS | Dla zwiększenia czytelności projektowanej normy proponujemy jej ujęcie w dwóch osobnych jednostkach redakcyjnych i nadanie następującego brzmienia: „5) zwierzchni nadzór nad: a) wydawaniem orzeczeń dla potrzeb ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, innych świadczeń należących do właściwości Zakładu oraz dla celów realizacji zadań zleconych Zakładowi na podstawie innych ustaw, b) kontrolą orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy;”; | **Uwaga uwzględniona.**  Zmodyfikowano projekt ustawy zgodnie z intencją zgłaszającego uwagę. |
|  | Art. 1 pkt 6 w projektu w zakresie art. 83 ust. 1 pkt 6 | ZUS | Projekt ustawy zakłada rozszerzenie katalogu spraw, w których Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzje administracyjne, poprzez dodanie pkt 6 w art. 83 ust. 1. W uzasadnieniu projektu ustawy wskazano, że wprowadzenie ww. zmiany ustawy podyktowane jest zapewnieniem prawa do sądu dla osób, których wniosek o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej został rozpatrzony negatywnie. Z zaproponowanej treści przepisu wynika jednakże, że rangę decyzji administracyjnej przyznano by nie tylko odmowie skierowania na rehabilitację, ale również skierowaniu na rehabilitację leczniczą. W ostatnim czasie Zakład Ubezpieczeń Społecznych skierował do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej propozycję zmian przepisów w tym zakresie wskazując, że odmowa skierowania na rehabilitację leczniczą, w przeciwieństwie do pozytywnego rozstrzygnięcia (tj. skierowania na rehabilitację), zawiera uzasadnienie faktyczne wskazujące przesłanki tej odmowy i to właśnie od takiego rozstrzygnięcia wnioskujący powinien mieć ewentualne prawo odwołania się do sądu powszechnego.  Samo skierowanie na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi czynność materialno-techniczną – potwierdza spełnienie ustawowych przesłanek warunkujących skierowanie przez Zakład na rehabilitację leczniczą, zarówno w płaszczyźnie formalnego statusu osoby wnioskującej, jak i w płaszczyźnie medycznej. Z kolei pochodna skierowania, tj. zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację, zawiera informacje organizacyjne o miejscu i terminie rehabilitacji leczniczej, które ZUS wyznacza z uwzględnieniem wskazań orzeczniczych oraz dostępności miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. W uzasadnieniu projektowanej ustawy wskazano natomiast, że zarówno skierowanie, jak i odmowa skierowania na rehabilitację leczniczą, będą zawierać uzasadnienie faktyczne, wskazujące przesłanki przyznania skierowania bądź jego odmowy. Taki obowiązek nie wynika jednakże z żadnego przepisu nowelizowanej ustawy. Warto w tym miejscu wskazać na treść art. 85c projektu nowelizacji ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, zgodnie z którym to orzeczenia lekarzy orzeczników bądź specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne powinny zawierać ustalenia dotyczące celu wydania orzeczenia, odpowiednie uzasadnienie oraz pouczenie o prawie do wniesienia sprzeciwu lub braku tego prawa. Dopiero na podstawie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej, wydanego przez podmioty wskazane w zdaniu poprzedzającym, Zakład Ubezpieczeń Społecznych kieruje daną osobę na rehabilitację leczniczą, wyznaczając miejsce i termin jej realizacji, oraz sporządza i doręcza „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację”.  Zakład Ubezpieczeń Społecznych wskazuje na następujące ryzyka wprowadzenia zmian w zaproponowanej treści: 1) wydłużenie postępowania i zagrożenie terminowego załatwienia spraw, co z kolei ma wpływ na wydłużenie kolejki osób oczekujących na skierowanie do ośrodków rehabilitacyjnych (konieczność oczekiwania 30 dni na uprawomocnienie decyzji); 2) konieczność określenia możliwości zmiany (uchylenia) decyzji w zakresie kierowania na rehabilitację leczniczą; 3) konieczność określenia terminu „ważności decyzji” – czy w przypadku gdy osoba uprawniona nie stawi się w miejscu i terminie realizacji rehabilitacji wskazanej w decyzji administracyjnej, decyzja taka traci moc, czy staje się nieważna z mocy prawa?; 4) konieczność określenia sankcji za niestawiennictwo w ośrodku rehabilitacyjnym w celu realizacji decyzji w zakresie skierowania na rehabilitację co w konsekwencji wymusza wprowadzenie kolejnych zmian legislacyjnych; 5) trudność w określeniu zakresu odwołania od decyzji – w sytuacji, gdyby odwołanie dotyczyło odmowy przyznania prawa do rehabilitacji z uwagi na stwierdzenie przez lekarza orzecznika braku potrzeby rehabilitacji, byłaby to w rzeczywistości kolejna instancja odwoławcza od orzeczenia lekarza orzecznika. Decyzja w zakresie skierowania na rehabilitację otworzy drogę odwoławczą w sprawach, w których przedmiotem jest sama treść orzeczenia; 6) wydawania przez Zakład dwóch decyzji w jednym postępowaniu – jednej w zakresie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego albo w zakresie niezdolności do pracy do celów rentowych oraz drugiej w zakresie skierowania na rehabilitację leczniczą; 7) trudność w określeniu przedmiotu decyzji.  Z uwagi na powyższe okoliczności, Zakład Ubezpieczeń Społecznych proponuje rozszerzenie katalogu spraw określonych w art. 83 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wyłącznie o decyzję dotyczącą odmowy skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej (dodanie pkt 6) oraz odpowiednie dostosowanie przepisu art. 69 ustawy systemowej poprzez wskazanie, że skierowanie na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej nie wymaga wydania decyzji (dodanie ust. 2a).  W związku z powyższym proponujemy:  1) w art. 69 po ust. 2 dodanie ust. 2a w brzmieniu: „2a. Skierowanie na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej nie wymaga wydania decyzji.”;  2) dodanie w art. 83 w ust. 1 nowego pkt 6 w brzmieniu: „6) odmowy skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej.”; | **Uwaga nieuwzględniona.**  W opinii Ministerstwa rozstrzygnięcie pozytywne w przedmiocie skierowania na rehabilitację w ramach prewencji rentowej ma charakter materialnoprawny – zawiera bowiem władcze rozstrzygnięcie w indywidualnej sprawie co do czasu, miejsca, jak również programu rehabilitacji leczniczej. Realnie istniejącą potrzebę zapewnienia obywatelom środków zaskarżenia na ww. rozstrzygnięcie potwierdzają wpływające do Ministerstwa interwencje i skargi,  w których wybrzmiewał zarzut braku dostosowania treści rozstrzygnięcia do indywidualnej sytuacji klienta, m.in. w zakresie niedostosowania programu rehabilitacji leczniczej do rodzaju urazu lub schorzenia.  Jednym z obligatoryjnych elementów decyzji jest jej uzasadnienie (faktyczne i prawne), a rezygnacja z tego elementu rozstrzygnięcia w części faktycznej jest możliwa wyłącznie w sytuacji, gdy rozstrzygnięcie  w pełni uwzględnia żądanie strony. Przyjmując zatem, że treść rozstrzygnięcia stanowi również wskazanie czasu, miejsca oraz programu rehabilitacji leczniczej, nie można *a priori* uznać, że jest ono zgodne z żądaniem strony. |
|  | Art. 1 pkt 7 w zakresie dodawanego art. 85a nowelizowanej ustawy o sus | ZUS | w zakresie dodawanego art. 85a nowelizowanej ustawy:  Odniesienie się w aktualnym brzmieniu przepisu do tworzenia „centrów orzeczniczych” może sugerować, że centra te są nowymi jednostkami organizacyjnymi Zakładu. Proponujemy zmianę brzmienia projektowanych ust. 1 i 2 poprzez wskazanie, że zadania związane z wydawaniem orzeczeń i kontrolą orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy realizowane są w terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu, których właściwość w zakresie realizacji tych zadań określi Prezes Zakładu na podstawie wewnętrznych aktów prawnych:  „1. Zadania, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 5, realizowane są w terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu.  2. Prezes Zakładu określa właściwość terenowych jednostek organizacyjnych Zakładu w zakresie realizacji zadań, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 5, biorąc pod uwagę w szczególności względy ich dostępności dla osób zainteresowanych i potrzebę zapewnienia odpowiedniej obsady kadrowej.”.  Mając na uwadze regulację określoną w powyżej zaproponowanym ust. 2, tj. uprawnienie Prezesa Zakładu do określania właściwości terenowych jednostek organizacyjnych w zakresie realizacji zadań orzecznictwa lekarskiego, proponujemy, aby kwestie dotyczące organizacji orzecznictwa lekarskiego w Zakładzie regulowane były na mocy wewnętrznych aktów prawnych wydawanych w Zakładzie. Tym samym konieczne jest wykreślenie pkt 2 z projektowanego ust. 4. | **Uwaga uwzględniona.**  Rezygnacja z określania centrów na poziomie ustawy, strukturę organizacyjną ZUS w zakresie orzecznictwa lekarskiego będzie kształtował Prezes Zakładu  w wewnętrznych aktach prawnych. |
|  | Art. 1 pkt 7 w zakresie art. 85a | NSZZ Solidarność | Na negatywną ocenę zasługuje propozycja skoncentrowania orzecznictwa w centrach orzeczniczych działających przy niektórych oddziałach ZUS. Projekt ustawy nie rozstrzyga liczby takich placówek oraz tego przy których oddziałach zostaną one zlokalizowane upoważniając Prezesa ZUS do określenia oddziałów ZUS będących ich siedzibą oraz określenia ich właściwości terytorialnej. Zwrócono uwagę, że nawet obecnie w sytuacji, w której lekarze orzecznicy działają w każdym oddziale ZUS ze strony osób ubiegających się o świadczenia wymagające wydania odpowiedniego orzeczenia przez lekarza formułowane są zarzuty nadmiernego oddalenia placówek orzeczniczych od ich miejsca zamieszkania. Proponowana reorganizacja działalności orzeczniczej rodzi ryzyko dalszego ograniczenia dostępności placówek orzeczniczych dla osób zainteresowanych. Gwarancji, że dostępność ta nie ulegnie pogorszeniu nie dają sformułowane w art. 85a ust. 1 ustawy o sus wytyczne skierowane do Prezesa ZUS, aby określając oddziały ZUS przy których zostaną utworzone centra orzecznicze oraz ich właściwość terytorialną brał pod uwagę względy ich dostępności dla osób zainteresowanych oraz potrzebę zapewnienia ich odpowiedniej obsady kadrowej. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Koncepcja skoncentrowania orzecznictwa lekarskiego nie odbiega od obecnie funkcjonujących rozwiązań organizacyjnych – aktualnie bowiem komisje lekarskie ZUS znajdują się w 16 wybranych Oddziałach ZUS . Należy podkreślić, że nie w każdym przypadku wydanie orzeczenia wymaga bezpośredniego badania zainteresowanego. W wielu bowiem sprawach są one wydawane wyłącznie w oparciu o analizę dokumentacji medycznej. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie art. 85a ust. 1 | OPZZ | OPZZ zauważa, że na podstawie niniejszego przepisu zostaną powołane centra, które zmienią strukturę organizacyjną, co może pociągnąć za sobą dalsze zmiany w strukturze zatrudnienia polegające np. na tym, że w jednym miejscu spowodują likwidację, a w innym zwiększenie zatrudnienia pracowników. Obecnie tworzone są centra odmiejscowiające zadania i przenoszone w miejsca, gdzie pracownik jest ,.tańszy". W przypadku orzecznictwa, dostępność klienta do placówek powinna być główną przesłanką. Zawarcie warunku: „dostępności dla osób zainteresowanych i potrzebę zapewnienia odpowiedniej obsady kadrowej” może w konsekwencji dać Zakładowi możliwości tworzenia centrów ze wskazaniem na uwarunkowania kadrowe, co w konsekwencji w znacznym stopniu ograniczy dostępność lub spowoduje wydłużenie okresu oczekiwania. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Wyjaśnienia w Lp. 16. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie dodawanego art. 85b ust. 2 i 5 nowelizowanej ustawy | ZUS | W zakresie dodawanego art. 85b nowelizowanej ustawy: W ust. 2 i w ust. 5 pkt 1 po wyrazach „Naczelny Lekarz Zakładu”/„Naczelnego Lekarza Zakładu” proponujemy dodanie w odpowiedniej formie wyrazów „zastępca Naczelnego Lekarza Zakładu”/„zastępcy Naczelnego Lekarza Zakładu”. Proponowana zmiana ma na celu ujednolicenie zasad zatrudniania i wynagradzania w odniesieniu do wszystkich stanowisk kadry medycznej w Zakładzie. Aktualne stanowisko wicedyrektora ds. nadzoru orzeczniczo – lekarskiego, zajmowane przez lekarza, zostanie zamienione na stanowisko zastępcy Naczelnego Lekarza Zakładu, do którego będą miały zastosowanie reguły określone w projektowanym art. 85b w zakresie dotyczącym zatrudnienia i wynagrodzenia. | **Uwaga uwzględniona.** |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie dodawanego art. 85b ust. 4a nowelizowanej ustawy | ZUS | Dodatkowo poddajemy pod rozwagę uwzględnienie poniższej propozycji dodania po ust. 4 nowego ust. 4a w brzmieniu: „4a. Za zgodą Prezesa Zakładu lekarze, o których mowa w ust. 1 i 2, mogą wykorzystywać dane i informacje gromadzone przez Zakład w związku z wykonywaniem zadań określonych w ustawie, w celu prowadzenia badań lub działalności naukowej, mających znaczenie dla wykonywania zadań ustawowych Zakładu.”.  Lekarze zatrudnieni w Zakładzie lub współpracujący z Zakładem, poza pracą w Zakładzie niejednokrotnie są zatrudnieni w innych podmiotach, w tym prowadzą działalność naukową lub badawczą. Zasadnym jest udostępnienie tym lekarzom danych gromadzonych w Zakładzie do wykorzystania w ramach takiej działalności. Oferując taką możliwość, praca w ZUS staje się atrakcyjniejsza dla lekarzy, pozwala na podnoszenie kwalifikacji i rozwój zawodowy. Przepis ten powinien być odpowiednio uwzględniony w art. 31 pkt 1 z datą wejścia w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiana poza zakresem ustawy. |
|  | Art. 1 pkt. 7 w zakresie art. 85b | NSZZ Solidarność | Propozycja, aby sprawowanie funkcji orzecznika przez lekarza oraz specjalistę wykonującego samodzielny zawód medyczny mogło odbywać się na podstawie umowy o pracę albo cywilnoprawnej umowy o świadczenie usług jest kontrowersyjna. Lekarze orzecznicy oraz komisje lekarskie ZUS wydający orzeczenia na potrzeby ustalenia prawa do świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego pełnią doniosłą funkcję społeczną. W wielu wypadkach decydują oni o posiadaniu bądź też nie źródła dochodu przez ubezpieczonego oraz członków jego rodziny przez wiele najbliższych lat, a niekiedy nawet dożywotnio. Warunek zatrudnienia takiej osoby w ramach stosunku pracy w ZUS nie tylko podkreśla doniosłą rolę społeczną jaką pełnią lekarze orzecznicy ale stanowi także jedną z ważnych gwarancji bezstronności takich osób przy wykonywaniu swoich zadań. Stosunek pracy pomiędzy lekarzem orzecznikiem a ZUS nadaje bowiem współpracy tych podmiotów charakter podstawowy i trwały a nie dodatkowy i tymczasowy. Proponowana w projekcie alternatywa – umowa o pracę albo cywilnoprawna umowa o świadczenie usług jako podstawa pełnienia funkcji orzeczniczych ma charakter jedynie formalny. W rzeczywistości z uwagi na powszechne w zawodach medycznych zjawisko świadczenia pracy w wielu miejscach pracy zdecydowana większość lekarzy orzeczników oraz specjalistów wykonujących niektóre samodzielne zawody medyczne decydować się będzie z przyczyn fiskalnych na wybór elastyczniejszej współpracy jaką stanowić będzie cywilnoprawna umowa o świadczenie usług. Praca w charakterze orzecznika w ZUS przestanie stanowić podstawowe miejsce pracy a wieloetatowość osób wykonujących taką pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej może odbić się negatywnie na jakości wydawanych orzeczeń oraz utrudnić zachowanie bezstronności wymaganej przy wykonywaniu zadań orzecznika. Potwierdza to konieczność dokonywania cyklicznego przeglądu systemu. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Przewidziana w projekcie ustawy koncepcja różnicowania stosunku prawnego, który może łączyć ZUS z poszczególnymi podmiotami realizującymi zadania z zakresu orzecznictwa lekarskiego, ma na celu dostosowanie środowiska prawnego, w którym funkcjonuje ZUS jako podmiot realizujący zadania publiczne, do aktualnych trendów i potrzeb rynkowych.  Medyczne środowisko pracy w odniesieniu do warunków zatrudniania oczekuje bowiem większej swobody i elastyczności, którą może zapewnić umowa o charakterze cywilnoprawnym (umowa o świadczenie usług). Propozycja Ministerstwa wychodzi zatem naprzeciw tym oczekiwaniom, a tym samym docelowa forma współpracy byłaby uzależniona od indywidualnych preferencji lekarza orzecznika. Podkreślenia przy tym wymaga, że projektowane różnicowanie podstawy prawnej umowy jest powiązane z charakterem prawnym wykonywanych czynności. Lekarze orzecznicy wykonują co do zasady pracę samodzielną, w której niezależność lekarza wyraża się w pewnego rodzaju swobodzie wydawania orzeczeń lekarskich, tj. w oparciu o jego indywidualną wiedzę i doświadczenie, w oderwaniu od ewentualnych poleceń służbowych. Natomiast w odniesieniu do lekarza inspektora nadzoru orzecznictwa lekarskiego, głównego lekarza orzecznika oraz zastępcy głównego lekarza orzecznika przeważa praca o charakterze administracyjnym (urzędniczym). W odniesieniu do tej drugiej kategorii podmiotów w większym stopniu przejawia się podporządkowanie charakterystyczne dla kodeksowego stosunku pracy.  Proponowane przez Ministerstwo rozwiązanie z powodzeniem funkcjonuje w aktualnym systemie prawnym, m.in. w zakresie zatrudniania członków Samorządowych Kolegiów Odwoławczych, w których jedynie etatowi członkowie tych kolegiów wykonują swoje obowiązki na podstawie kodeksowych form zatrudnienia, pomimo że wykonują tożsame czynności jak pozaetatowi członkowie tych kolegiów.  Przyjmując zatem, że analogiczne w swej istocie rozwiązanie nie jest w żaden sposób kwestionowane w odniesieniu do ww. podmiotów, można uznać, że brak jest wystarczających argumentów do przyjęcia, że nie może ono zostać implementowane również na gruncie orzecznictwa lekarskiego w ZUS. |
|  | Art. 1 pkt. 7 w zakresie art. 85b ust. 1-3 | OPZZ | art. 85b. 1 - 3 - regulacje w zakresie wynagrodzeń lekarzy orzeczników.  OPZZ zwraca uwagę, że wynagrodzenie lekarzy orzeczników jest wypłacane z funduszu wynagrodzeń ZUS i wzrasta ono corocznie na podstawie wskaźnika wynikającego z załącznika do ustawy budżetowej na dany rok.  Jeśli zapis ustawy przewiduje inny mnożnik, to w budżecie ZUS powinny również znaleźć się dodatkowe środki dla lekarzy orzeczników (i innych zawodów medycznych powołanych dla celów orzecznictwa). Dotychczas stosowaną praktyką było przyznawanie podwyżki dla lekarzy, uwzględniając warunki rynkowe, często jednak odbywało się to kosztem pozostałych pracowników. Coroczny wzrost minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz konieczność wyższego wynagrodzenia niektórych grup pracowniczych tj.: lekarzy orzeczników, radców prawnych czy informatyków spowodował spłaszczenie wynagrodzeń pozostałych pracowników, co przekłada się na dość znaczną fluktuację i odchodzenie z pracy doświadczonych pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.  Dlatego niezbędnym staje się konieczność pozyskania dodatkowych środków finansowych, jak też systematyczne i bieżące prowadzenie dialogu społecznego w obszarze wynagrodzeń ze związkami zawodowymi funkcjonującymi w Zakładzie. | **Uwaga wyjaśniona.**  Wzrost wynagrodzeń będzie realizowany w ramach aktualnych środków finansowych, które Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma zabezpieczone w ramach funduszu wynagrodzeń. Środki te pochodzą z niewykorzystanych 300 etatów (etaty nieobsadzone). Ministerstwo popiera dialog ze związkami zawodowymi oraz wszelkie propozycje, które mają na celu poprawę sytuacji pracowników ZUS. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu – w zakresie art. 85c | ZUS | w zakresie dodawanego art. 85c zmienianej ustawy: W ślad za propozycją zmiany projektowanego art. 85a ust. 1 i 2 niezbędne jest nadanie art. 85c ust. 2 pkt 2 brzmienia:  „2) oznaczenie terenowej jednostki organizacyjnej, w której zostało wydane orzeczenie;”.  Dodatkowo proponujemy przeformułowanie ust. 4 i nadanie mu brzmienia: „4. Orzeczenie wydaje się w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o jego wydanie do terenowej jednostki organizacyjnej, w której będzie ono wydawane. Do tego terminu nie wlicza się okresu niezbędnego do: 1) uzupełnienia dokumentacji medycznej niezbędnej do wydania orzeczenia; 2) przeprowadzenia badania osoby zainteresowanej przez lekarza orzecznika, specjalistę wykonującego samodzielny zawód medyczny, oraz lekarza konsultanta lub psychologa, o którym mowa w art. 68 ust. 2.”.  Wnioski o wydanie orzeczenia w sprawach świadczeń sporządzane są przez właściwe komórki organizacyjne Zakładu i przekazywane do komórek organizacyjnych właściwych do przeprowadzenia postępowania orzeczniczego. Zatem przyjęta w projekcie ustawy regulacja wskazująca na wpływ wniosku o wydanie orzeczenia „do Zakładu” może wprowadzać w błąd odnośnie biegu terminu. Osoba zainteresowana występuje do Zakładu co do zasady z wnioskiem o świadczenie, a nie z wnioskiem o wydanie orzeczenia. Dodatkowo proponowana zmiana uwzględnia czas potrzebny na przesłanie zawiadomienia o terminie badania, a w przypadku niestawiennictwa w wyznaczonym terminie – ustalenie nowego terminu i przesłanie ponownego zawiadomienia.  Zgodnie z art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w sprawach uregulowanych ustawą stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej. W ocenie Zakładu, składanie ponagleń w związku z rozpatrywaniem przez Zakład wniosków o świadczenia, powodujących konieczność wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika, chroni obywatela w stopniu wystarczającym. Poddajemy zatem pod rozwagę rezygnację z projektowanego przepisu. Alternatywnie, w przypadku nieuwzględnienia powyższej propozycji proponujemy dodanie po ust. 5 nowej jednostki redakcyjnej w brzmieniu: „5a. Do rozpatrywania ponagleń, o których mowa w ust. 5, nie stosuje się art. 37 ustawy – Kodeks podstępowania administracyjnego.”, | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu – w zakresie art. 85d ust. 5 i 6 nowelizowanej ustawy | ZUS | w zakresie dodawanego art. 85d nowelizowanej ustawy: Proponujemy nadanie ust. 5 i 6 brzmienia: „5. W przypadku wniesienia sprzeciwu lub zgłoszenia zarzutu wadliwości orzeczenia wydanego przez lekarza orzecznika albo specjalistę wykonującego samodzielny zawód medyczny, główny lekarz orzecznik albo zastępca głównego lekarza orzecznika kieruje sprawę do ponownego rozpatrzenia przez lekarza orzecznika.  6. Przy wyznaczaniu lekarza orzecznika do ponownego rozpatrzenia sprawy, uwzględnia się w szczególności: 1) posiadaną przez lekarza specjalizację; 2) potrzebę dokonania prawidłowej i kompleksowej oceny okoliczności wynikających z celu, dla którego wydawane jest orzeczenie; 3) konieczność skierowania sprawy do innego lekarza orzecznika niż wydający orzeczenie – w przypadku gdy sprzeciw lub zarzut wadliwości dotyczy orzeczenia wydanego przez lekarza orzecznika.”. Zmiana ma celu doprecyzowanie przepisów poprzez wskazanie w sposób ogólny, że w przypadku wniesienia sprzeciwu lub zgłoszenia zarzutu wadliwości sprawa jest kierowana do ponownego rozpatrzenia przez lekarza orzecznika. Przepis w aktualnym brzmieniu może budzić wątpliwości odnośnie zasad i trybu rozpatrywania sprzeciwów/zarzutów wadliwości od orzeczeń wydanych przez specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne (brak jest odniesienia w tym zakresie w przepisach projektu). | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu – w zakresie art. 85d ust. 5 i 6 | Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego | Nasze obawy budzi również likwidacja komisji lekarskich, jako organu orzekającego w II instancji. Orzekanie komisyjne zostało wprowadzone w celu zapewnienia osobom badanym w pełni obiektywnej drogi odwoławczej w ramach postępowania orzeczniczego prowadzonego w ZUS. Komisje lekarskie składają się z lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny, co gwarantuje holistyczną ocenę stanu zdrowia ubezpieczonych, którzy są najczęściej obciążeni wieloma chorobami. Taki skład komisji ogranicza również konieczność pozyskiwania dodatkowych opinii konsultantów, zmniejszając tym samym koszty postępowania orzeczniczego oraz jego uciążliwość dla osób ubezpieczonych. Proponowane w ustawie w przypadku wniesienia środków odwoławczych - sprzeciwu lub zarzutu wadliwości - ponowne rozpatrzenie sprawy jednoosobowo przez innego lekarza orzecznika może budzić wątpliwości co do w pełni obiektywnego ich rozpatrzenia. Wprawdzie z zaproponowanej treści art. 85d ust.6 przy wyznaczaniu innego lekarza orzecznika do ponownego rozpatrzenia sprawy, uwzględnia się w szczególności:  1) posiadaną przez lekarza specjalizację:  2) potrzebę dokonania prawidłowej i kompleksowej oceny okoliczności wynikających z celu, dla którego wydawane jest orzeczenie wynika, że przy ponownym rozpatrywaniu sprawy będzie dokonywana prawidłowa i kompleksowa ocena okoliczności wynikających z celu dla którego jest wydawane orzeczenie, ale zapis ten jednocześnie podaje w wątpliwość prawidłowość kryteriów wyznaczania orzecznika do rozpatrzenia sprawy w I instancji. Uważamy, że należy tak zorganizować funkcjonowanie orzecznictwa lekarskiego w ZUS aby zapewnić wysoką jakość już w I instancji oraz w pełni przejrzystą drogę odwoławczą.  Likwidacja komisji wiąże się również z zagrożeniem odejścia z pracy w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych licznej grupy lekarzy orzekających (członków komisji lekarskich), z wieloletnim specjalistycznym i orzeczniczym doświadczeniem, co z jednej strony pogorszy i tak złą sytuację kadrową, a z drugiej znacznie utrudni szkolenie nowych kadr orzeczniczych. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Wyjaśnienia w Lp. 3 |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie dodawanego art. 85d ust. 9 | ZUS | proponujemy nadanie ust. 9 brzmienia:  „9. Orzeczenie, wobec którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie wydane w wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy, stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia albo do podjęcia rozstrzygnięcia w zakresie wskazanym w przepisach innych ustaw.”.  Proponowana zmiana ma na celu doprecyzowanie przepisu poprzez wyraźne wskazanie, że orzeczenie wydane w wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia albo do podjęcia rozstrzygnięcia w zakresie wskazanym w przepisach innych ustaw. Przepis w aktualnym brzmieniu może budzić wątpliwości interpretacyjne w powyższym zakresie, | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie dodawanego art. 85e ust. 1 nowelizowanej ustawy | ZUS | W zakresie dodawanego art. 85e nowelizowanej ustawy: Konieczne jest przeformułowanie ust. 1 w następujący sposób:  „1. Jeżeli w wyniku kontroli, o której mowa w art. 85f ust. 3 pkt 1, zostanie stwierdzony brak zgodności orzeczenia ze stanem faktycznym, z zasadami orzekania, zebranymi dokumentami lub z przepisami dotyczącymi orzekania dla celów ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, innych świadczeń należących do właściwości Zakładu, realizacji zadań zleconych Zakładowi na podstawie innych ustaw, a także kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, Prezes Zakładu działający za pośrednictwem Naczelnego Lekarza Zakładu uchyla orzeczenie i przekazuje sprawę do ponownego rozpatrzenia przez lekarza orzecznika.”. Proponowana zmiana ma na celu doprecyzowanie przepisu, poprzez wyraźne wskazanie, że w przypadku uchylenia orzeczenia w ramach postępowania prowadzonego w trybie zwierzchniego nadzoru, sprawa jest przekazywana do ponownego rozpatrzenia przez lekarza orzecznika. Przepis w aktualnym brzmieniu, tj. „(…) Prezes Zakładu (…) ponownie rozpatruje sprawę” może budzić wątpliwości odnośnie czynności podejmowanych w sprawie w tym postępowaniu. | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie dodawanego art. 85e ust. 3 | ZUS | Ust. 3 proponujemy nadać brzmienie: „3. O uchyleniu orzeczenia poddanego kontroli lub o wydaniu orzeczenia w wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy, w trybie, o którym mowa w ust. 1, Zakład informuje osobę zainteresowaną oraz podmiot właściwy, uprawniony do otrzymania orzeczenia w przypadkach przewidzianych przepisami innych ustaw.”. Proponowana zmiana ma na celu usunięcie wątpliwości interpretacyjnych. W przepisie wskazano (analogicznie jak w ust. 4) wprost na ust. 1, tj. na orzeczenie wydane w wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy, w ramach kontroli orzeczeń realizowanej w trybie zwierzchniego nadzoru, | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie art. 85f ust. 2 | ZUS | W zakresie dodawanego art. 85f zmienianej ustawy: Proponujemy nadanie ust. 2 brzmienia: „2. Zwierzchni nadzór Naczelny Lekarz Zakładu realizuje przy pomocy zastępców Naczelnego Lekarza Zakładu oraz lekarzy inspektorów nadzoru orzecznictwa lekarskiego.”. Proponowana zmiana uwzględnia wszystkie stanowiska kadry medycznej w Zakładzie (dodano zastępców Naczelnego Lekarza Zakładu), realizujące zadania związane ze zwierzchnim nadzorem. | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie art. 85f ust. 3 pkt 1 i 2 | ZUS | W ust. 3 proponujemy przeformułowanie pkt 1 poprzez nadanie następującego brzmienia: „1) kontrolę orzeczeń wydanych przez lekarzy orzeczników oraz specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne co do ich zgodności: a) ze stanem faktycznym, b) z zasadami orzekania, c) z zebranymi dokumentami, d) z przepisami dotyczącymi: – orzekania dla celów ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, – innych świadczeń należących do właściwości Zakładu, – realizacji zadań zleconych Zakładowi na podstawie innych ustaw, – kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy;”. Proponowana zmiana ma na celu doprecyzowanie przepisu, który w aktualnym brzmieniu może być interpretowany w ten sposób, że zwierzchni nadzór obejmuje kontrolę orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy. Kontrola orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy jest realizowana przez lekarzy orzeczników w terenowych jednostkach organizacyjnych Zakładu, natomiast w ramach zwierzchniego nadzoru weryfikacją mogą być objęte orzeczenia wydane w sprawach kontroli zaświadczeń lekarskich (kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy). W dalszej kolejności pkt 2 w ust. 3 proponujemy nadać brzmienie: „2) prawo uchylenia orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpatrzenia przez lekarza orzecznika, w wyniku kontroli, o której mowa w pkt 1;”. Proponowana zmiana ma na celu doprecyzowanie przepisu. Proponujemy wykreślenie wyrazów „lub kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy”. Przepis w aktualnym brzmieniu może budzić wątpliwości. Określamy w nim czynności, jakie mogą zostać podjęte w ramach kontroli orzeczeń w trybie zwierzchniego nadzoru, a nie kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy. | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 1 pkt. 7 projektu w zakresie art. 85f ust. 1 | Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego | Dodatkową wątpliwość stanowi sprawowanie nadzoru merytorycznego przez Naczelnego Lekarza Zakładu nad osobami wykonującymi samodzielne zawody medyczne. | **Uwaga wyjaśniona.**  Brak podporządkowania organizacyjnego nie wyklucza nadzoru merytorycznego – projekt zapewnia nadzór we wszystkich sprawach. |
|  | Art. 1 pkt. 7 projektu w zakresie art. 85g ust. 1 pkt. 1 lit. b | ZUS | W zakresie dodawanego art. 85g nowelizowanej ustawy: Projektowanej lit. b w ust. 1 w pkt 1 proponujemy nadać brzmienie: „b) w postaci elektronicznej – za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej albo na informatycznym nośniku danych;”. Proponowana zmiana ma na celu doprecyzowanie przepisu. Proponujemy wykreślenie wyrazów „przez sporządzenie fotokopii”. W naszej ocenie nie ma uzasadnienia do ograniczania, wyłącznie do fotokopii, formy dokumentu, jaki może być przekazany w postaci elektronicznej. W tym zakresie zasadnym jest umożliwienie przekazywania drogą elektroniczną nie tylko skanów dokumentacji, ale również plików elektronicznych. Należy zaznaczyć, że zaproponowana w aktualnym brzmieniu przepisu forma udostępniania dokumentacji, tj. sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu), odnosi się do dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej. Zgodnie z art. 27 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może być udostępniona przez przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej albo na informatycznym nośniku danych, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie art. 85g | Urząd Ochrony Danych Osobowych | Istotnym novum jakie wprowadza projektowana ustawa jest uprawnienie ZUS by pozyskać za pośrednictwem systemu informacji w ochronie zdrowia – a zatem bez udziału podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych – informacje o zdarzeniach medycznych oraz jednostkowe dane medyczne oraz ustalić czy istnieje elektroniczna dokumentacja medyczna, która może mieć znaczenie dla dokonania ustaleń orzeczniczych, a także późniejsze pozyskiwanie tej dokumentacji medycznej. Zmiany te statuuje projektowany art. 85g ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W istocie więc na podstawie projektowanych zmian ZUS uzyska uprawnienie do pozyskiwania ogromnej ilości danych osobowych o charakterze sensytywnym dla określonych w art. 68 ust. 1 pkt 5 ww. ustawy szerokiego katalogu celów. Jednocześnie pozyskiwanie przez ZUS danych osobowych z systemu informacji w ochronie zdrowia zgodnie z projektem ma odbywać się z pominięciem określonych w art. 35 ust 1a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia ograniczeń dotyczących udostępnienia danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych (konieczność zgody usługobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego na udostępnianie danych). Proponowane rozwiązania, polegające na pozyskiwaniu przez ZUS danych osobowych gromadzonych i przetwarzanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w ustawowo określonych – pierwotnie węższych – celach, oznaczają zmianę celów przetwarzania danych osobowych. Zmiany takie – zgodnie z art. 6 ust. 4 rozporządzenia 2016/679 – mogą zachodzić jedynie na podstawie prawa państwa członkowskiego stanowiącego w demokratycznym społeczeństwie niezbędny i proporcjonalny środek służący zagwarantowaniu jedynie celów, o których mowa w art. 23 ust. 1 rozporządzenia 2016/679 oraz z uwzględnieniem zasad i warunków z tego artykułu wynikających. Jednocześnie należy podkreślić brak analiz tego zagadnienia przez projektodawcę, a także wykazania jego niezbędności w ocenie skutków dla ochrony danych. W ocenie organu nadzorczego zawarte w przedmiotowym projekcie rozwiązania nie spełniają przedmiotowych gwarancji niezbędności i proporcjonalności co do zmiany pierwotnego celu przetwarzania, a co za tym idzie zagrażają zasadzie zgodności z prawem, tj. zasadzie legalizmu (art. 5 ust.1 lit. a), nie odpowiadają zasadzie minimalizacji danych (art. 5 ust. 1 lit. c), a także zasadzie ograniczenia celu (art. 5 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679). Dane osobowe, w tym wskazane w art. 9 rozporządzenia 2016/679 dane szczególnych kategorii obejmujące dane o stanie zdrowia, są obecnie pozyskiwane przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w konkretnych określonych przepisami celach. Celów tych nie można wbrew przepisom rozporządzenia 2016/679 następczo rozszerzać. Rozszerzanie celów nie może też następować poprzez przekazanie danych osobowych innemu administratorowi i zmianę sposobu przetwarzania tych danych. Statuowane w projektowanym art. 85g ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych rozwiązania, zgodnie z którymi ZUS może pozyskiwać dane osobowe pacjentów od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych nie zwalnia tego podmiotu z obowiązków administratora, wynikających z rozporządzenia 2016/679. W tym kontekście należy wskazać wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 3 grudnia 2021 r. (sygn. akt III OSK 590/21). Sąd ten wskazał m.in., że „zróżnicowanie podmiotów uprawnionych do dostępu do rejestru PESEL nie może powodować zaniechania przez administratora danych podejmowania działań zmierzających do zlikwidowania (lub co najmniej ograniczenia) zidentyfikowanego ryzyka dla danych przetwarzanych w ramach rejestru PESEL”. Wskazane orzeczenie obliguje administratorów do takiego działania, które nie podważa realnej możliwości realizacji ich obowiązków. Proponowane w projekcie rozwiązania wiążą się natomiast z brakiem kontroli administratorów (podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych) nad przekazywanymi do celów realizacji zadań przez ZUS danymi osobowymi, w tym danymi szczególnej kategorii. W istocie przetwarzanie przez ZUS danych osobowych pozyskiwanych od różnych administratorów będzie prowadziło do łączenia informacji z innych zasobów danych i rejestrów. Dlatego też zwrócić należy uwagę na treść motywu 31 rozporządzenia 2016/679, zdanie drugie w brzmieniu: „Żądanie ujawnienia danych osobowych, z którym występują takie organy publiczne, powinno zawsze mieć formę pisemną, być uzasadnione, mieć charakter wyjątkowy, nie powinno dotyczyć całego zbioru danych ani prowadzić do połączenia zbiorów danych. Przetwarzając otrzymane dane osobowe, takie organy powinny przestrzegać mających zastosowanie przepisów o ochronie danych, zgodnie z celami przetwarzania”. Warto wskazać również na wyrok TSUE C-201/14 w sprawie Sarmanda Bara, z którego treści wynika, że „odrębne organy w ramach administracji publicznej należy traktować jako odrębnych administratorów z własnymi przesłankami, co w konsekwencji oznacza, że organ któremu w ramach administracji przekazuje się dane osobowe jest odbiorcą”. Analogiczne uwagi odnośnie do niezgodnej z rozporządzeniem 2016/679 zmiany celów przetwarzania danych osobowych, w tym danych szczególnych kategorii, a także łączenia zasobów danych i rejestrów, należy zgłosić do projektowanego art. 56 ust. 5 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Projektowana zmiana prowadzi do pozyskiwania i dalszego przetwarzania (w tym porównywania) przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ogromnej ilości danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia zgromadzonych w rejestrach prowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską, Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów, Centralnym Rejestrze Felczerów prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską oraz w rejestrach lekarzy prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych wnosi więc o refleksję i ponowną analizę projektowanego art 85g ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 56 ust. 5 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w celu zapewnienia stosowania w projektowanej ustawie przepisów rozporządzenia 2016/679. | **Uwaga uwzględniona/wyjaśniona.**  Zrezygnowano z przepisów w zakresie pozyskiwania za pośrednictwem systemu informacji w ochronie zdrowia – a zatem bez udziału podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych – informacji o zdarzeniach medycznych.  W odniesieniu do projektowanych zmian w art. 56 ust. 5 pkt 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwanej dalej „ustawą zasiłkową”, należy podkreślić, że:   1. zakres danych, jakie mogą być pozyskiwane przez ZUS z Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów, Centralnego Rejestru Felczerów oraz z rejestrów prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie, jest określony ustawowo, tj. obejmuje dane, które ZUS gromadzi w prowadzonym rejestrze lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Zgodnie z treścią art. 56 ust. 2 ustawy zasiłkowej rejestr ten 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. Przedmiotowe rejestry nie obejmują zatem żadnych danych o stanie zdrowia, ponieważ takie dane nie są gromadzone w wymienionych rejestrach prowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską oraz rejestrach lekarzy prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie. Zakres danych gromadzonych w rejestrach prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie i Naczelną Radę Lekarską został określony w przepisach art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021r. poz. 1342, z późn. zm.); 2. projektowane rozwiązania nie tworzą nowych uprawnień dla ZUS w tym zakresie, aktualnie ZUS ma zagwarantowane ustawowo uprawnienie do korzystania z danych gromadzonych w rejestrach lekarzy prowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską, a uprawnienie to wynika wprost z art. 52 ust. 2b ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich oraz z art. 56 ust. 5 pkt 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa; 3. ZUS jest zobowiązany udostępniać Naczelnej Radzie Lekarskiej dane z prowadzonego rejestru lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich, w zakresie, o którym mowa w art. 56 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa; 4. projektowane rozwiązanie przewiduje możliwość „porównania” przez ZUS danych gromadzonych w wymienionych rejestrach prowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską z danymi zgromadzonymi w rejestrze prowadzonym przez ZUS. Intencją tego przepisu jest umożliwienie zorganizowania wymiany danych w taki sposób, aby możliwa była systemowa weryfikacja danych zgromadzonych w rejestrach prowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską i w rejestrze prowadzonym przez ZUS, co służy zapewnieniu jakości i kompletności danych gromadzonych przez ZUS; 5. w celu uspójnienia przepisów, analogicznie jak w przypadku danych dotyczących lekarzy i lekarzy dentystów, doprecyzowano jedynie uprawnienia ZUS do pozyskiwania danych odnoszących się do felczerów, poprzez zapisanie w ustawie z dnia 20 lipca 1950r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2022r. poz. 1529), w art. 1c ust. 3, że Naczelna Rada Lekarska udostępnia ZUS informacje zawarte w rejestrze felczerów, dla celów związanych z upoważnianiem tych osób do wystawiania zaświadczeń lekarskich; 6. projektowane rozwiązania w żaden sposób nie wpływają na skalę pozyskiwanych i przetwarzanych danych osobowych – dotyczą one wyłącznie tych osób i zakresu danych, które aktualnie są gromadzone w prowadzonym przez ZUS rejestrze lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich; 7. w jasny sposób został określony również cel, dla którego ZUS pozyskuje wymienione dane, tj. dostęp do danych gromadzonych w wymienionych rejestrach wynika z realizacji zadań w postępowaniu związanym z udzieleniem upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich. W postępowaniu tym sprawdzeniu podlega w szczególności posiadane przez lekarza/felczera prawo wykonywania zawodu (jego aktualność i ewentualne ograniczenia w tym prawie). Systemowy dostęp do odpowiednich danych pozwoli na optymalne prowadzenie postępowania bez konieczności jednoczesnego angażowania lekarza/felczera i zapewnia prawidłowość podejmowanych rozstrzygnięć w przedmiocie udzielenia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich w kontekście posiadanych uprawnień przez osoby wykonujące te zawody; 8. podkreślenia wymaga, że wybrane dane o lekarzu i o lekarzu dentyście gromadzone w Centralnym Rejestrze Lekarzy, prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską (zbieżne z danymi, które ZUS gromadzi w prowadzonym rejestrze lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich) – są ogólnodostępne i możliwe do wyszukania na podstawie znanego numeru prawa wykonywania zawodu (PWZ), imienia i nazwiska lub numeru PESEL.   Celem projektowanych rozwiązań jest możliwość udostępniania w jednostkowych sprawach danych i informacji, które są w posiadaniu ZUS. Zakres danych i informacji, które będą mogły zostać przekazane w indywidualnej sprawie, został określony ustawowo, tj. obejmuje dane zgromadzone w rejestrze lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich, określone w art. 56 ust. 2 ustawy zasiłkowej, dane zgromadzone w rejestrze zaświadczeń lekarskich, określone w art. 55 ust. 3 ustawy zasiłkowej oraz informacje i dokumenty zgromadzone w postępowaniach związanych z kontrolą zaświadczeń lekarskich i cofnięciem upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich.  Należy zaznaczyć, że cel udostępnienia tych danych został jednoznacznie określony, tj. dla potrzeb postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza i lekarza dentysty. Zasadnym jest, aby dane i dokumenty, które zgromadzi ZUS, w tym również w postępowaniach prowadzonych w przedmiocie kontroli zaświadczeń lekarskich i cofnięcia upoważnienia do ich wystawiania, mogły zostać wykorzystane w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza/lekarza dentysty. Wystawianie zaświadczeń lekarskich jest jednym z elementów wykonywania zawodu lekarza Jeśli zatem ZUS w ramach prowadzonej kontroli stwierdzi nieprawidłowości albo nadużycia w wystawianiu zaświadczeń lekarskich, co skutkuje cofnięciem upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich, powinna istnieć możliwość ewentualnego wykorzystania tych informacji w postępowaniach prowadzonych w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza. Podkreślenia wymaga, że rozstrzygnięcia organów samorządu lekarskiego w przedmiocie prawa wykonywania zawodu lekarza, np. jego zawieszenie, ograniczenie, skutkują odpowiednimi decyzjami po stronie ZUS w zakresie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie art. 85g | Porozumienie Zielonogórskie | „Proponowany art. 85g: *Art. 85g. 1. W celu realizacji zadań, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 5:*  *1) podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązane do nieodpłatnego udostępniania Zakładowi dokumentacji medycznej: a) w postaci papierowej – przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku – poświadczonych za zgodność,*  *b) w postaci elektronicznej – przez sporządzenie fotokopii i przekazanie do Zakładu za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej albo na informatycznym nośniku danych;*  *2) Zakład jest uprawniony do pozyskiwania z systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465), danych o zdarzeniach medycznych, jednostkowych danych medycznych oraz za pośrednictwem tego systemu elektronicznej dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 2 pkt 6, 7 i 18 tej ustawy .*  *2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia niezwłocznie dokumentację medyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, nie później niż w terminie 14 dni od daty otrzymania wniosku o jej udostępnienie.*  *3. Do pozyskiwania danych i dokumentacji, o których mowa w ust. 1 pkt 2, nie stosuje się art. 35 ust. 1a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*.” wprowadza zobowiązania podmiotów leczniczych do ponoszenia kosztów na rzecz ZUS bez wskazania sposobu finansowania tych kosztów.  Dlaczego podmioty mają udostępniać bezpłatnie dokumentację papierową? ZUS powinien za to płacić. Nie dość, że ZUS nie płaci za wystawiane eZLA, w tym wypełnianie ich druków, to nie płaci za zaświadczenia o stanie zdrowia i jeszcze podmiot leczniczy ma dopłacać do przekazywania do ZUS dokumentacji i to poświadczanych za zgodność? Za każdą pracę winna być zapłata. Czasy niewolnictwa już chyba minęły. Jeżeli podmiot leczniczy prowadzi elektronicznie dokumentację i udostępnia ją w P1 poprzez Internetowe Konto Pacjenta to ZUS nie powinien mieć prawa oczekiwania jej w papierze tylko powinien pobierać odpowiednie dane z IKP pacjenta bez angażowania deficytowego personelu medycznego w podmiocie. Upoważnienie pracowników ZUS i KRUS powinno być automatyczne i jednoznacznie określone w ustawie. tak aby nie było potrzeby specjalnej zgody pacjenta. Jeżeli pacjent miałby prawo do odmowy udostępnienia danych z IKP to tak samo powinien mieć prawo do zablokowania wysłania dokumentacji do ZUS papierowej czy elektronicznej.” | **Uwaga nieuwzględniona.**  Wyjaśnienia w Lp. 32. |
|  | Art. 1 pkt 7 projektu w zakresie art. 85h ust. 1 zmienianej ustawy | ZUS | W zakresie dodawanego art. 85h zmienianej ustawy: Proponujemy nadać ust. 1 następujące brzmienie: „1. Zadania związane z wydawaniem orzeczeń oraz z kontrolą orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 5, mogą być realizowane przy wsparciu osób upoważnionych, wykonujących czynności pomocnicze w postępowaniu związanym z wydaniem orzeczenia.”. Zaproponowane przez Zakład nowe brzmienie przepisu uwzględnia również możliwość udzielania wsparcia przez osoby upoważnione w procesie orzekania, przy realizacji zadań zarówno przez lekarzy orzeczników, jak i lekarzy sprawujących nadzór nad działalnością lekarzy orzeczników (tj. głównego lekarza orzecznika/zastępcę głównego lekarza orzecznika). | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 3 pkt. 1 projektu ustawy | ZUS | Zaproponowane zmiany dotyczące możliwości składania odwołania do sądu powszechnego od decyzji wydawanych w zakresie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, wymagają wprowadzenia odpowiednich zmian legislacyjnych również w zakresie samej procedury składania ww. odwołań, określonych w ustawie – Kodeks postępowania cywilnego. Wobec zgłoszonych wyżej uwag dot. zmiany treści art. 69 i art. 83 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych proponuje odpowiednie dostosowanie treści art. 4778 zmienianej ustawy poprzez dodanie w § 2 nowego pkt 4b w brzmieniu: „4b) dotyczące odmowy skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej.”. Warto wskazać, że podobna konstrukcja istnieje już w innych aktach prawa powszechnie obowiązującego, stosowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Instytucja wydawania decyzji administracyjnych jedynie w przypadku odmowy przyznania danego świadczenia znalazła zastosowanie chociażby w ramach tzw. świadczenia „800+” (art. 13a ust. 1 i 4 ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowaniu dzieci). Zgodnie z powołaną ustawą, samo przyznanie świadczenia nie wymaga wydania decyzji – podobnie jak miałoby to mieć miejsce w przypadku skierowania na rehabilitację leczniczą. Skierowanie miałoby formę jedynie potwierdzenia uprawnienia do skorzystania z rehabilitacji, a tym samym byłoby zgodne z wnioskiem osoby uprawnionej, przez co nie generowałby konieczności składania ewentualnych środków odwoławczych do sądu. Tylko decyzja odmawiająca przyznania „świadczenia” w postaci rehabilitacji leczniczej mogłaby, w ocenie Zakładu, stanowić podstawę odwołania do sądu powszechnego. Z tego też powodu wskazujemy na zasadność wprowadzenia zmian legislacyjnych tylko w tym zakresie; | **Uwaga nieuwzględniona.**  Wyjaśnienia w Lp. 14. |
|  | Art. 3 pkt 2 lit. b projektu ustawy | ZUS | Proponujemy nadanie następującego brzmienia ostatniemu zdaniu w zmienianym § 31 : „W takim przypadku organ rentowy kieruje sprzeciw do ponownego rozpatrzenia sprawy przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.”. W aktualnym brzmieniu przepisu użyto zwrotu o skierowaniu „sprzeciwu do ponownego rozpatrzenia”, natomiast omawiany przepis dotyczy sytuacji, w której sprzeciw nie był rozpatrywany, zatem nie wydaje się właściwe użycie takiego sformułowania. W zaproponowanym brzmieniu tego przepisu wskazano na skierowanie „sprzeciwu do ponownego rozpatrzenia sprawy”; | **Uwaga uwzględniona.**  Przeredagowano zapisy projektu ustawy. |
|  | Art. 3 | ZUS | Dodatkowo mając na uwadze zakres projektowanych zmian dotyczących systemu orzecznictwa proponujemy uwzględnienie zmiany związanej z odmiejscowieniem obsługi spraw, polegającej na nadaniu art. 476 § 4 pkt 1 nowego brzmienia: „1) Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz jednostki organizacyjne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwe do wydawania decyzji w sprawach świadczeń,”. Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest państwową jednostką organizacyjną i posiada osobowość prawną i na mocy art. 66 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1999 r. o systemie ubezpieczeń społecznych został wyposażony – w zakresie prowadzonej działalności – w środki prawne właściwe organom administracji publicznej, a więc przede wszystkim w prawo do wydawania decyzji administracyjnych. Skutkiem usytuowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wśród państwowych jednostek organizacyjnych jest to, że postępowanie przed Zakładem w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych ma charakter administracyjny i zgodnie z art. 83 ustawy systemowej kończy się wydaniem decyzji zaskarżalnej do sądu ubezpieczeń społecznych. Przykładem decyzji wydawanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych są decyzje o odpowiedzialności osoby trzeciej za zobowiązania z tytułu składek, decyzje o zakresie odpowiedzialności następców prawnych za zobowiązania z tytułu składek, decyzje w sprawach indywidualnych interpretacji m. in. w zakresie obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym, decyzje w sprawach o umorzenie należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne czy też decyzje w sprawie wykreślenia zastawu skarbowego z rejestru. Powyższy model obowiązuje również na gruncie ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zgodnie bowiem z art. 61 ust. 1 pkt 1 prawo do zasiłków określonych w ustawie i ich wysokość ustalają oraz zasiłki te wypłaca m. in. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, co oznacza, że kompetencje w zakresie uregulowanym ww. ustawą przysługują Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych jako całości. Jako przykład decyzji wydawanych przez Zakład w sprawach uregulowanych powyższą ustawą należy podać decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o braku prawa do zasiłku lub o zmianie jego wysokości w przypadku wystąpienia błędu w zaświadczeniu lekarskim, który ma wpływ na prawo do przyznanego zasiłku lub jego wysokość. Na podstawie postanowień ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych kompetencje do wydawania decyzji w sprawach świadczeń przyznane zostały organom rentowym właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej (art. 115 ust. 1) a pod pojęciem organów rentowych ww. ustawa rozumie jednostki organizacyjne Zakładu, określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwe do wydawania decyzji w sprawach świadczeń. W § 11 Statutu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uregulowano zakres rzeczowy działania terenowych jednostek organizacyjnych (którymi są oddziały wraz z inspektoratami i biurami terenowymi oraz centra), który obejmuje m. in. ustalanie uprawnień do świadczeń z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz innych świadczeń zleconych Zakładowi. Statut został zamieszczony w załączniku do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 4 marca 2021 r. w sprawie nadania statutu Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych – aktu prawnego mającego rangę rozporządzenia właściwego ministra, wydanego na podstawie zgodnej z art. 92 Konstytucji RP delegacji ustawowej. Z materialnoprawnego punktu widzenia decyzje mogą być zatem wydawane zarówno przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych jak przez poszczególne oddziału Zakładu, będące jego terenowymi jednostkami organizacyjnymi. W obecnym brzmieniu nowelizowany przepis, który reguluje prawnoprocesową pozycję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w postępowaniu odrębnym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, stanowi, że przez organy rentowe rozumie się jednostki organizacyjne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwe do wydawania decyzji w sprawach świadczeń. Regulacja 476 § 4 pkt 1 k.p.c. nie jest zatem koherentna z unormowaniami prawa materialnego regulującymi ustrój, kompetencje i funkcjonowanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, które status organu rentowego wiążą zarówno z Zakładem jako osobą prawną, której w zakresie prowadzonej działalności przysługują środki prawne właściwe organom administracji publicznej, jak i terenowymi jednostkami organizacyjnymi Zakładu. Proponowana zmiana ma charakter porządkujący, dostosowujący prawnoprocesową pozycję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i oddziałów Zakładu do unormowań materialnoprawnych, regulujących ustrój, kompetencje i funkcjonowanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako całości i usuwa ewentualne wątpliwości co do możliwości oznaczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako strony postępowania procesowego, w sytuacji, gdy to Zakład jest organem w znaczeniu materialnym. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Uwaga poza zakresem ustawy. |
|  | Art. 3 projektu (zmiany w KPC) | Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego | 1. Odnośnie do zmian w ustawie z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego zaproponowanych w art.3 wprowadzających możliwość odwołania do sądu od odmowy skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS zwracam uwagę, że rehabilitacja lecznicza jest świadczeniem, która może przynieść poprawę zdrowia: odzyskanie zdolności do pracy, jeśli jest odpowiednio wcześnie zastosowane. Biorąc pod uwagę obciążenie sądów, długi okres rozpatrywania spraw oraz możliwość zmiany stanie zdrowia, pozytywne rozstrzygnięcie co do celowości skierowania na tę rehabilitację, które zapadnie w sądzie może być już nieadekwatne do stanu zdrowia i niemożliwe do realizacji. Naszym zdaniem możliwość kontroli w trybie zwierzchniego nadzoru niekorzystnego – w opinii osoby zainteresowanej - orzeczenia jest w takich przypadkach wystarczająca. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Wyjaśnienia Lp. 14. |
|  | Art. 13 pkt. 1 lit. a w zakresie zmiany art. 17 ust. 1 pkt. 3 | NSZZ Solidarność | Prezydium KK negatywnie ocenia również propozycję rozszerzenia katalogu przesłanek utraty prawa do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia od pracy zawartego obecnie w art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej o przypadek, gdy osoba przebywa w innym miejscu niż wskazane w tym zwolnieniu lub zawiadomieniu za wyjątkiem sytuacji, w których ubezpieczony udokumentuje, że nieobecność ta była uzasadniona względami zdrowotnymi lub koniecznością podjęcia czynności incydentalnych, których podjęcia w okresie zwolnienia od pracy wymagają istotne okoliczności. Nieprzebywanie ubezpieczonego pod adresem zamieszkania nie dowodzi tego, że wykorzystuje on zwolnienie lekarskie w sposób niezgodny z jego przeznaczeniem. Celem proponowanego rozwiązania jest jedynie ułatwienie płatnikom składek oraz organom kontrolnym ZUS kontroli prawidłowości wykorzystania przez ubezpieczonych zwolnień lekarskich. Do ustalenia, że zachodzi jedna z przesłanek utraty prawa do zasiłku chorobowego wystarczyć będzie stwierdzenie, że ubezpieczony nie przebywa pod wskazanym adresem, zaś ciężar udowodnienia, że brak jest podstaw do pozbawienia go prawa do tego zasiłku będzie spoczywał na ubezpieczonym. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Nieprzebywanie osoby w miejscu wskazanym jako miejsce pobytu nie powoduje automatycznego pozbawienia prawa do zasiłku chorobowego. Świadczeniobiorca może wykazać istnienie okoliczności uzasadniających tę nieobecność. |
|  | Art. 13 pkt 1 lit. a projektu w zakresie art. 17 ust. 1 pkt. 3 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa | Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego | III. Odnośnie do zmian w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa zaproponowanych w art. 13 zwracamy uwagę na pojawiające się w art. 17. określenie „czynności incydentalnych, których podjęcia w okresie zwolnienia od pracy wymagają istotne okoliczności”. Z proponowanych zapisów ustawy nie wynika co należy rozumieć przez czynności incydentalne i kto będzie miał prawo dokonać oceny czynności wykonywanych w okresie orzeczonej niezdolności do pracy. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Bogactwo form i czynności życia zawodowego uniemożliwia określenie ramowych kryteriów, które pozwoliłyby na rozróżnienie czynności „incydentalnych” od rzeczywistej „pracy zarobkowej”. Ocena czy dana aktywność świadczeniobiorcy stanowi podstawę do pozbawienia prawa do zasiłku powinna każdorazowo odbywać się przy uwzględnieniu indywidualnego charakteru konkretnej sprawy.  Nadmierna kazuistyka w tworzeniu prawa nie jest pożądana, zmniejsza ona bowiem elastyczność projektowanych rozwiązań, a tym samym może utrudnić lub uniemożliwić osiągnięcie założonego przez ustawodawcę celu ustawy.  Oceny czynności będzie dokonywał podmiot prowadzący czynności kontrolne, a w przypadku wątpliwości po stronie płatnika składek, będzie miał on możliwość wystąpienia do ZUS. |
|  | Art. 13 pkt. 1 lit. a projektu ustawy w zakresie art. 17 ust. 1 pkt 3 | ZUS | Do pkt 1 lit. a w zakresie dodawanego ust. 1c w art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa: W proponowanym art. 17 ustawy zasiłkowej przewiduje się, że świadczeniobiorca korzystający z zasiłku chorobowego nie utraci prawa do tego świadczenia, jeżeli będzie przebywać w innym miejscu niż wskazano w zwolnieniu lub zawiadomieniu, o którym mowa w art. 59 ust. 5e zmienianej ustawy (zmiana adresu pobytu w okresie czasowej niezdolności do pracy) jeżeli udokumentuje, że nieobecność ta była uzasadniona względami zdrowotnymi lub koniecznością podjęcia czynności incydentalnych, których podjęcia w okresie zwolnienia od pracy wymagają istotne okoliczności. Ponadto wskazuje się, że aktywnością niezgodną z celem zwolnienia od pracy, są wszelkie działania utrudniające lub wydłużające proces leczenia lub rekonwalescencję, z wyłączeniem „zwykłych czynności dnia codziennego” lub „czynności incydentalnych”, których podjęcia w okresie zwolnienia od pracy wymagają „istotne okoliczności”. W uzasadnieniu do zmiany art. 17 ustawy podniesione zostało, że użyta w obecnym brzmieniu art. 17 pierwsza przesłanka – w odniesieniu do rozumienia sformułowania „wykonywanie pracy zarobkowej” – napotyka problemy interpretacyjne. Bowiem, określenie „praca zarobkowa” nie zostało zdefiniowane w przepisach prawnych z zakresu ubezpieczeń społecznych i obecna sytuacja powoduje, że decyzje Zakładu podważane są przez sąd. Należy jednak zauważyć, że w proponowanym przepisie również użyto terminów, które nie zostały zdefiniowane, tj. „czynności incydentalne”, „istotne okoliczności” oraz „zwykłe czynności dnia codziennego”. Występowanie w tekstach prawnych zwrotów wieloznacznych, podważa założenie o ścisłości regulacji prawnej, stanowiąc jednocześnie zagrożenie nie tylko dla ustawowej gwarancji świadczeń, lecz także dla pewności prawa i bezpieczeństwa prawnego. Zatem ocena zachowania świadczeniobiorcy nadal pozostanie w gestii Zakładu albo płatnika składek, ponieważ dla każdego ubezpieczonego powyższe zwroty mogą być rozumiane inaczej, w zależności od sytuacji i okoliczności. Proponowana przez projektodawcę zmiana w ocenie Zakładu nie usuwa istniejących wątpliwości i wymaga ukształtowania nowej linii orzeczniczej. Dodatkowo proponujemy zastąpienie w projektowanym art. 17 ust. 1 pkt 3 zmienianej ustawy wyrazu „udokumentuje” wyrazem „udowodni”. W ocenie Zakładu udokumentowanie zaistnienia przesłanek wskazanych w omawianym przepisie może być w praktyce niewykonalne. | **Uwaga częściowo uwzględniona.**  Wyjaśnienia w Lp. 40.  Przeredagowano zapisy projektu ustawy uwzględniając zmianę sformułowania z „dokumentuje” na „udowodni”. |
|  | Art. 13 pkt. 1 lit. b projektu ustawy w zakresie art. 17 ust. 1c | ZUS | Do pkt 1 lit. b w zakresie dodawanego ust. 1c w art. 17 nowelizowanej ustawy: Zgodnie z projektowanym przepisem miejscem wskazanym w zwolnieniu lub zawiadomieniu może być adres pobytu w innym państwie, jeżeli jest to uzasadnione zaleceniami lekarza lub innymi istotnymi okolicznościami, chyba że Zakład ma możliwość zlecenia przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnienia w tym państwie na mocy przepisów odrębnych. W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych, doprecyzowania wymagają następujące kwestie: − z perspektywy lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie problematyczne może okazać się ustalenie państw, w których na zlecenie Zakładu istnieje możliwość przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnienia. Z uwagi na powyższe wyjaśnienia wymaga, czy w związku z taką regulacją Zakład powinien każdorazowo przy wystawianiu zaświadczenia lekarskiego udostępniać lekarzowi informacje we wskazanym wyżej zakresie. W naszej ocenie nie możemy nakładać na lekarzy wystawiających zaświadczenie lekarskie obowiązku ustalania tych okoliczności; − jeżeli wystawiający zaświadczenie lekarskie zobowiązany będzie do uzasadnienia zaleceniami lekarskimi adresu pobytu w innym państwie, rozważenia wymaga również kwestia ewentualnych sankcji za niedopełnienie obowiązku we wskazanym zakresie. Dodatkowo wskazujemy, że regulacje zamieszczone w dodawanym ust. 1c do art. 17 nowelizowanej ustawy mogą spowodować znaczny wzrost liczby zaświadczeń lekarskich, w treści których w danych ubezpieczonego wskazany zostanie adres pobytu w innym państwie. Zaświadczenia te mogą podlegać kontroli prawidłowości wykorzystywania, jak również kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich. Dotychczasowe doświadczenia Zakładu, dotyczące kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich, w treści których w danych ubezpieczonego wskazano adres pobytu w innym państwie pokazują, że okres niezdolności do pracy orzeczony w zaświadczeniu lekarskim oraz czas potrzebny na rozpatrzenie wniosku Zakładu przez instytucję miejsca pobytu ubezpieczonego, determinują sposób przeprowadzenia kontroli. W efekcie kontrola ta realizowana jest zazwyczaj na podstawie analizy dokumentacji medycznej. Przypomnienia wymaga, że skuteczność kontroli orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich uzależniona jest od możliwości przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego w okresie orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, ponieważ wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania lekarz orzecznik może wystawić „zaświadczenie korygujące” (tj. ustalające wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy, niż określona w kontrolowanym zaświadczeniu lekarskim), które jest traktowane na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w myśl art. 229 Kodeksu pracy; | **Uwaga wyjaśniona.**  W celu ułatwienia wystawiania zwolnień lekarskich, ZUS może udostępnić w systemie e-ZLA informacje o państwach, w których na zlecenie ZUS istnieje możliwość przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnienia od pracy. Jest to kwestia techniczna, która nie wymaga ingerencji ustawodawcy.  Nie przewiduje się dodatkowych sankcji dla lekarzy za brak uzasadnienia zaleceniami lekarskimi wskazania w zwolnieniu adresu pobytu w innym państwie. Zastosowanie w tym zakresie znajdą ogólne przepisy ustawy zasiłkowej.  Odnosząc się do kwestii ewentualnego wzrostu liczby zaświadczeń lekarskich, w treści których wskazany zostanie adres pobytu w innym państwie, należy wskazać, że aktualnie obowiązujące regulacje prawne oraz techniczne możliwości oprogramowania e-ZLA, w żaden sposób nie ograniczają możliwości podania w zaświadczeniu lekarskim jako adresu miejsca pobytu osoby korzystającej ze zwolnienia adresu zagranicznego. Projektowana treść art. 17 ust. 1c ustawy stanowi zatem odpowiedź na całkowitą dowolność w tym zakresie. Celem proponowanej regulacji jest określenie akceptowalnych przez ustawodawcę ram prawnych tego uprawnienia, przy czym dopuszczalne granice władczej ingerencji w tym przypadku są wyznaczane przez art. 52 oraz art. 67 Konstytucji RP. Zagwarantowana konstytucyjnie wolność przemieszczania się nie może być bowiem ograniczana przez ryzyko utraty innego konstytucyjnego uprawnienia, tj. prawa do zabezpieczenia społecznego. Każdy obywatel ma prawo do korzystania z obu tych wolności i ustawodawca powinien tworzyć warunki do ich jak najpełniejszej realizacji zwłaszcza w sytuacji, gdy z uwagi na różne uwarunkowania mogą one być traktowane jako prawa względem siebie konkurencyjne. Proponowane przez Ministerstwo rozwiązanie jest zatem formą kompromisu pomiędzy potrzebą zagwarantowania obywatelom konstytucyjnych praw i wolności a koniecznością władczej w nie ingerencji. |
|  | Art. 13 pkt 1 lit b projektu w zakresie art. 17 ust. 1c ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa | Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego | W naszej opinii wątpliwości budzi również zapis w punkcie 1c dotyczący adresu pobytu w innym państwie w okresie orzeczonej niezdolności do pracy i uzależnianie tego pobytu od zaleceń lekarskich - nakłada to na lekarza wystawiającego zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy dodatkowy obowiązek wydawania zaleceń dotyczących miejsca pobytu. Zwracamy uwagę, że jeżeli Ubezpieczony wymaga leczenia na terenie innego państwa to zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy może i powinno być wystawione przez lekarza faktycznie tam prowadzącego leczenie. | **Uwaga wyjaśniona.**  Wyjaśnienia w Lp. 42.  Zwolnienia lekarskie wystawiane są w systemie e-ZLA i na lekarzy nie został nałożony obowiązek wydawania dodatkowych zaleceń dotyczących miejsca pobytu. Osoba wystawiająca zwolnienie lekarskie będzie mogła oprzeć się na oświadczeniu osoby badanej, a orzekanie o czasowej niezdolności do pracy jest dokumentowane w dokumentacji medycznej |
|  | Art. 13 pkt 1 lit b projektu w zakresie art. 17 ust. 1d ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa | Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego | Dodatkowym obowiązkiem dla lekarza jest również wskazane w art. 17 pkt 1d ustalanie w orzeczeniu, czy niezdolność do pracy z powodu choroby dotyczy każdego z tytułów ubezpieczenia. Jednocześnie z zapisów ustawy nie wynika jakie dodatkowo orzeczenie powinno zostać wydane. Wystawianie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy tylko dla jednego tytułu ubezpieczenia wiąże się z odpowiedzialnością za dopuszczenie do pracy w innym charakterze osoby niezdolnej do pracy z powodu choroby. Zwracamy uwagę, że lekarz leczący nie ma obiektywnej wiedzy dotyczącej czynności zawodowych wykonywanych przez pacjenta. Taką wiedzę posiada jedynie lekarz przeprowadzający badanie profilaktyczne.  Nasuwa się również pytanie odnośnie do kwalifikacji prawnej zdarzenia oraz odpowiedzialności lekarza, jeżeli w trakcie pracy wykonywanej w ramach innego tytułu ubezpieczenia dojdzie do nieszczęśliwego wypadku. | **Uwaga wyjaśniona.**  W projekcie dokonano zmian – m.in. wskazano, że jeżeli praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana z uwagi na rodzaj tej pracy, na żądanie ubezpieczonego nie wystawia się zwolnienia od pracy z tego tytułu.  Oznacza to, że zrezygnowano z wydawania dodatkowego orzeczenia. Na żądanie pacjenta, na podstawie posiadanych przez lekarza informacji (w tym oświadczeń ubezpieczonego, wywiadu medycznego), jeżeli wystawiający zwolnienie lekarskie oceni, że praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana przez ubezpieczonego, z uwagi na rodzaj tej pracy, nie wystawi on zwolnienia z tego tytułu. |
|  | Art. 13 pkt 1 lit a oraz lit. b w zakresie zmian art. 17 ust. 1 i 1a-b | Związek Pracodawców Polska Miedź | Proponowany przepis przewiduje brak utraty prawa do zasiłku chorobowego przez ubezpieczonego w przypadku podjęcia czynności incydentalnych, których podjęcia w okresie zwolnienia od pracy wymagają istotne okoliczności, co przy jednoczesnym niesprecyzowaniu definicji “czynności incydentalnych” i “istotnych okoliczności” może prowadzić do różnorodnych interpretacji, co z kolei może skutkować sporami i korektami świadczeń chorobowych już wypłaconych.  Oprócz tego, wejście przepisu w życie w proponowanym brzmieniu może skutkować niejasnością procesu kontroli świadczeń chorobowych. Płatnik składek, który jest m. in. odpowiedzialny za kontrolę zwolnień chorobowych, może mieć trudności z oceną czy podjęte przez pracownika czynności rzeczywiście były incydentalne i konieczne, co może utrudniać egzekwowanie przepisów.  Konieczność rozstrzygania sporów i przeprowadzania dodatkowych kontroli może prowadzić do zwiększenia kosztów pracy po stronie płatnika składek oraz ewentualnych korekt świadczeń chorobowych już wypłaconych. | **Uwaga wyjaśniona.**  Wyjaśnienia w Lp. 40.  Dodatkowo wyjaśniamy, że ZUS jest uprawniony do kontrolowania ubezpieczonych oraz osób po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego co do prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem. Również jeżeli płatnik składek jest płatnikiem zasiłków (tzw. duży płatnik składek) i jest uprawniony do przeprowadzania takiej kontroli, to również będzie on mógł złożyć wniosek, żeby to ZUS tę kontrolę przeprowadził (ZUS może to zrobić również z urzędu). |
|  | Art. 13 pkt 1 lit b w zakresie zmian art. 17 ust. 1d | OPZZ | Proponowany przepis, nowelizujący ustawę z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 2780), w art. 17 ust. 1d stanowi, że: „W przypadku spełniania warunków do podlegania ubezpieczeniom społecznym z co najmniej dwóch tytułów do tych ubezpieczeń, niezdolność do pracy z powodu choroby dotyczy każdego z tych tytułów, chyba że wystawiający zwolnienie od pracy wskaże w orzeczeniu, że praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana z uwagi na rodzaj tej pracy."  Intencja tej zmiany sprowadza się do sytuacji, gdy pracownik ma 2 lub więcej umów pracy zarobkowej (np. umowa o pracę i umowy zlecenia). W takich sytuacjach projektodawca proponuje, by w ramach określonego tytułu (np. umowa o pracę) niezdolność do pracy z powodu choroby była orzekana w ramach tej umowy, a w ramach innego (praca zlecenie) praca może być wykonywana, gdy rodzaj pracy nie uzasadnia orzekania o niezdolności do pracy w tym przypadku (np. chirurg ze złamanym palcem jest niezdolny do pracy chirurga w szpitalu, ale z powodzeniem może wykonywać pracę nauczyciela akademickiego prowadzącego wykłady). Wynika z tego także, że możliwe będzie pobieranie zasiłku chorobowego z jednego tytułu, a z drugiego - wynagrodzenia za pracę.  W ocenie Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych takie rozwiązanie, choć z pozoru korzystne dla pracownika, może być w praktyce powodem nadużyć. Jest kilka wątpliwości do rozstrzygnięcia:  - powstaje np. pytanie czy nie zaistnieje taka sytuacja, w której podlegający ubezpieczeniu będzie przebywał na zwolnieniu lekarskim z tytułu wyższego ubezpieczenia (wysokie wynagrodzenie będzie stanowić podstawę do wypłaty), a będzie wykonywać pracę tzw. incydentalną lub z tytułu umowy o dzieło. Czy w takich przypadkach nie będzie dochodzić do nadużyć, kto i w jaki sposób będzie weryfikować zasadność wystawiania tych zwolnień lekarskich ?;  - wskazana propozycja pociąga dodatkowo za sobą konieczność wzmożenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy przez ZUS - co wydaje się słuszne, bo są one nadużywane;  - powstaje także bardzo ważne pytanie, które może podważyć cały sens zmiany L4: co ze zwolnieniami z tytułu chorób t zaburzeń psychicznych, które są najczęściej długotrwałe? W jaki sposób sprawdzić zasadność zwolnień z tego tytułu? Zwolnień lekarskich z powyższych tytułów jest bardzo dużo - wg. ZUS od stycznia do września br. na wskutek zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania pracownicy wzięli zwolnienia od pracy na 22,3 mln dni (łącznie);  - projekt nie bierze pod uwagę sytuacji uzyskania przez pracownika zwolnienia lekarskiego uzyskanego w wyniku teleporady. Czy jest ono równoważne z tradycyjną, stacjonarną wizytą u lekarza?  Pozytywnie oceniamy natomiast, by możliwość pracy na ,,L4" była opcją tylko na wniosek pracownika, ale w praktyce może to wyglądać różnie. Jak będą zachowywać się pracodawcy i czy nie znajdą ,,furtki" obchodzenia przepisów, by z ich polecenia pracownicy pracowali na zwolnieniu lekarskim - czas pokaże. | **Uwaga wyjaśniona.**  Możliwość wykonywania pracy danego rodzaju w trakcie przebywania na zwolnieniu lekarskim w ramach innego tytułu do ubezpieczeń (umowa o dzieło takim tytułem nie jest) będzie każdorazowo oceniana przez lekarza, na wniosek pacjenta. Wysokość otrzymywanego wynagrodzenia za pracę czy też wysokość zasiłku chorobowego nie mają w tym przypadku znaczenia.  Odnosząc się do konieczności wzmożenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy przez ZUS, wyjaśniamy, że taka jest intencja przedmiotowych zmian.  Natomiast co do kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich (w tym z tytułu chorób i zaburzeń psychicznych), to tak jak obecnie będzie ją przeprowadzał ZUS.  Odnośnie do uzyskania przez pracownika zwolnienia lekarskiego uzyskanego w wyniku teleporady należy zauważyć, że zakres przedmiotowego projektu nie dotyczy zmian w wystawianiu zwolnień lekarskich przez lekarzy. |
|  | Dot. zmiany art. 17 ust. 1d ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa | Naczelna Rada Lekarska | Samorząd lekarski negatywnie opiniuje projektowaną zmianę art. 17 ust. 1d ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Przepis ten przewiduje nałożenie na lekarzy dodatkowego obowiązku, polegającego na wystawianiu pacjentom, objętym ubezpieczeniem społecznym z co najmniej dwóch tytułów, dodatkowego dokumentu w postaci orzeczenia, które wskazywałoby, czy dany pacjent może wykonywać pracę zarobkową w ramach określonego tytułu, z uwagi na rodzaj wykonywanej pracy. Wprowadzenie takiego obowiązku jest krokiem w kierunku zwiększenia i tak już nadmiernych obciążeń biurokratycznych lekarzy.  Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nowy obowiązek wydłuży czas poświęcony na udzielanie świadczeń zdrowotnych, które z założenia powinny koncentrować się na badaniu pacjenta, diagnozowaniu, leczeniu oraz rehabilitacji, a nie na realizacji dodatkowych zadań administracyjnych. Lekarz, wystawiając zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy, dysponuje jedynie ogólnymi informacjami dotyczącymi pracodawcy pacjenta, nie ma natomiast dostępu do szczegółowej dokumentacji pracowniczej, która mogłaby potwierdzić charakter i warunki pracy. W związku z tym, lekarz nie ma możliwości obiektywnej weryfikacji, czy pacjent jest zdolny do wykonywania określonego rodzaju pracy u innego pracodawcy. Przyznanie lekarzom obowiązku oceny zdolności do pracy na określonym stanowisku w określonych warunkach pracy wchodzi w zakres kompetencji lekarzy medycyny pracy, którzy dysponują szczegółową wiedzą na temat warunków pracy oraz dokumentacją pracodawcy dotyczącą stanowisk pracy. To właśnie lekarze medycyny pracy są odpowiedzialni za ocenę zdolności do pracy oraz za profilaktykę zdrowotną pracowników. | **Uwaga wyjaśniona.**  Uwaga wyjaśniona w Lp. 44.  Zrezygnowano z wydawania dodatkowego orzeczenia przez lekarza, a więc nie zostanie nałożony nowy obowiązek na lekarzy. W przypadku ustalenia po przeprowadzonym badaniu oraz na podstawie wywiadu medycznego, że dany rodzaj pracy może być wykonywany przez pacjenta, z tego tytułu nie zostanie wystawione zwolnienie lekarskie. Nie wydłuży to czasu poświęconego na udzielanie świadczeń zdrowotnych, tym bardziej, że możliwe jest korzystanie przez lekarzy ze wsparcia np. asystentów medycznych oraz nowych rozwiązań technicznych. |
|  | Art. 13 pkt 1 lit b w zakresie zmian art. 17 ust 1d | Konfederacja Lewiatan | Zastrzeżenia budzi zmiana ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W art. 17 proponuje się dodanie nowego ust. 1d, zgodnie z którym „W przypadku spełniania warunków do podlegania ubezpieczeniom społecznym z co najmniej dwóch tytułów do tych ubezpieczeń, niezdolność do pracy z powodu choroby dotyczy każdego z tych tytułów, chyba że wystawiający zwolnienie od pracy wskaże w orzeczeniu, że praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana z uwagi na rodzaj tej pracy.” Propozycja ta może utrudnić weryfikację zwolnień chorobowych i prowadzić do nadużyć. | **Uwaga wyjaśniona.**  Proponowane rozwiązanie jest korzystne dla pracodawców oraz stanowi odpowiedź na ich postulaty. Możliwość świadczenia pracy przez pracownika przekłada się na wymierne ekonomiczne korzyści dla pracodawców oraz ograniczy po ich stronie problem nagłej absencji pracownika. |
|  | Art. 13 pkt 1 lit b w zakresie zmian art. 17 ust. 1d | Związek Pracodawców Polska Miedź | Zgodnie z projektowanym przepisem, w przypadku spełniania warunków do podlegania ubezpieczeniom społecznym z co najmniej dwóch tytułów do tych ubezpieczeń, niezdolność do pracy z powodu choroby dotyczy każdego z tych tytułów, chyba że wystawiający zwolnienie od pracy wskaże w orzeczeniu, że praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana z uwagi na rodzaj tej pracy.  W opisywanym przypadku, ze strony lekarzy występować będzie konieczność dokładnego określania, czy dana osoba jest niezdolna do pracy we wszystkich swoich miejscach zatrudnienia, czy tylko w niektórych.  Wejście przepisu w życie w proponowanej formie może wymagać zwiększonej kontroli i nadzoru nad pracownikami korzystającymi ze zwolnień lekarskich, aby zapewnić, że zwolnienia są wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem, a także może skutkować sporami i korektami świadczeń chorobowych już wypłaconych. | **Uwaga wyjaśniona.**  Uwaga wyjaśniona w Lp. 44, 47 i 48. |
|  | Art. 13 pkt. 1 lit. b projektu ustawy w zakresie art. 17 ust. 1d | ZUS | Do pkt 1 lit. b w zakresie dodawanego ust. 1d w art. 17 nowelizowanej ustawy: Zgodnie z tym przepisem, w przypadku spełniania warunków do podlegania ubezpieczeniom społecznym z co najmniej dwóch tytułów do tych ubezpieczeń, wystawiający zaświadczenie lekarskie może wskazać w orzeczeniu, że praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana z uwagi na rodzaj tej pracy. Zdaniem Zakładu brzmienie przepisu jest bardzo ogólne i może budzić liczne wątpliwości interpretacyjne w praktyce. Tym samym uszczegółowienia wymagają następujące kwestie:  − w jaki sposób wystawiający zwolnienie lekarskie ma wskazać w zwolnieniu lekarskim, że ubezpieczony może świadczyć pracę z jednego tytułu, a z drugiego nie; czy będzie zobowiązany do wystawienia dodatkowego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy z innego tytułu (będzie to miało znaczenie przy weryfikacji prawidłowości wykorzystywania zwolnienia od pracy z powodu choroby), jeśli tak, to w jaki sposób takie orzeczenie będzie przekazywane do Zakładu i płatnika zasiłku; czy też będzie to jednoznaczne, że jeżeli lekarz nie wystawi zwolnienia lekarskiego dla jednego z tytułów, to będzie to oznaczało, że ubezpieczony może świadczyć pracę z tego tytułu i nie musi być wydane odrębne orzeczenie; czy wystawiający zwolnienie lekarskie będzie zobowiązany do odniesienia się do każdego z tytułów ubezpieczenia świadczeniobiorcy;  − czy wystawiający zaświadczenie lekarskie miałby zamieszczać rozstrzygnięcie we wskazanym zakresie w dodatkowo sporządzanym dokumencie przy wystawianiu zaświadczenia lekarskiego (w treści przepisu wskazano na „orzeczenie”); jeśli tak doprecyzowania wymaga, komu ten dokument powinien być udostępniany/ doręczany i w jakim trybie (czy łącznie z wystawionym zaświadczeniem lekarskim, z uwzględnieniem faktu, że wobec płatnika, u którego zainteresowany może pracować, nie jest orzekana czasowa niezdolność do pracy); czy powinna otrzymać go wyłącznie osoba, której zostało wystawione zaświadczenie lekarskie, czy też ZUS/płatnik składek, którego dotyczy to orzeczenie;  − czy wystawiający zaświadczenie lekarskie miałby zamieszczać rozstrzygnięcie we wskazanym zakresie w treści wystawianego zaświadczenia lekarskiego – jeśli tak należy zaznaczyć, że wymaga zmiany w szczególności art. 55 ust. 3 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dalej „ustawa zasiłkowa”), a także konieczne będzie odpowiednie dostosowanie systemów informatycznych służących wystawianiu zaświadczeń lekarskich (e-ZUS); − czy wystawiający zaświadczenie lekarskie dokonywałby rozstrzygnięcia we wskazanym zakresie wyłącznie na wniosek osoby zainteresowanej, czy też w każdym przypadku, w odniesieniu do każdej osoby, wobec której stwierdzi, że zachodzą przesłanki medyczne do orzeczenia czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, i osoba ta posiada więcej niż jeden tytuł do ubezpieczenia, powinien dokonać ustalenia w przedmiocie możliwości wykonywania pracy u innego pracodawcy. Przyjmując (zgodnie z aktualnym brzmieniem przepisu), że rozstrzygnięcie we wskazanym zakresie dokonywane będzie na wniosek osoby zainteresowanej, należy mieć na uwadze to, że ostateczne ustalenie lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie nie będzie oparte na obiektywnych przesłankach w każdym przypadku, tj. mimo że lekarz uzna, że dana osoba może wykonywać pracę u innego pracodawcy, bez jej zgody/wniosku nie będzie mógł dokonać takiego rozstrzygnięcia;  − powstaje ponadto wątpliwość, czy wystawiający zaświadczenie lekarskie, dokonując rozstrzygnięcia we wskazanym zakresie, powinien opierać się wyłącznie na informacjach pozyskanych od osoby zainteresowanej w przedmiocie rodzaju pracy wykonywanej w ramach każdego tytułu do ubezpieczenia. Zaznaczamy, że zgodnie z art. 55a ust. 2 ustawy zasiłkowej, Zakład w celu wystawienia zaświadczenia lekarskiego udostępnia wystawiającemu zaświadczenie lekarskie na jego profilu informacyjnym m. in. dane zgromadzone w prowadzonych na podstawie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych 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, a zatem nie są udostępniane dane odnoszące się do rodzaju pracy/wykonywanego zawodu u danego płatnika składek. Informacje przekazane przez osobę zainteresowaną w przedmiocie rodzaju/warunków pracy nie będą mogły być w żadnym zakresie zweryfikowane/uzupełnione przez lekarza na podstawie jakichkolwiek dokumentów odnoszących się do rodzaju i warunków pracy;  − doprecyzowania wymaga, w jakiej relacji do orzeczenia lekarza medycyny pracy o przeciwskazaniach zdrowotnych/braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku pracy pozostawałoby rozstrzygnięcie wystawiającego zaświadczenie lekarskie we wskazanym zakresie. Ponadto, w sytuacjach dłuższych okresów czasowej niezdolności do pracy, należy mieć na uwadze regulacje zawarte w art. 229 § 2 Kodeksu pracy, tj. w przypadku niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, spowodowanej chorobą, pracownik podlega kontrolnym badaniom lekarskim w celu ustalenia zdolności do wykonywania pracy na dotychczasowym stanowisku. Zatem należałoby określić relacje tych ustaleń (orzeczenie lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie vs orzeczenie lekarza medycyny pracy) w sytuacji, gdy w przypadku czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni i posiadania co najmniej dwóch tytułów do tych ubezpieczeń, wystawiający zaświadczenie lekarskie wskazywałby w orzeczeniu, że praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana z uwagi na rodzaj tej pracy. Rozstrzygnięcia wymaga, czy w takiej sytuacji lekarz medycyny pracy również powinien wydawać orzeczenie w ramach badania kontrolnego (zgodnie z art. 229 Kodeksu pracy) i jak należałoby postąpić w sytuacji sprzecznych rozstrzygnięć lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie i lekarza medycyny pracy. Wyjaśnienie, ewentualne doprecyzowanie wskazanych wyżej kwestii, istotne jest między innymi z punktu widzenia realizacji przez Zakład zadań związanych z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich, tj. rozstrzygnięcia w przedmiocie możliwości wykonywania pracy zarobkowej w ramach określonego tytułu z uwagi na rodzaj tej pracy powinny być przedmiotem kontroli wykonywanej przez lekarzy orzeczników Zakładu na zasadach określonych w art. 59 zmienianej ustawy (zgodnie z aktualnym brzmieniem tego przepisu kontroli podlega „prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby”). W tym zakresie analogicznie pogłębionej analizy i rozstrzygnięcia wymagają również wskazane wyżej kwestie odnoszące się do zagadnień z zakresu medycyny pracy. Należy zaznaczyć, że zaświadczenia lekarskie stanowią podstawę do ustalenia prawa i wypłaty zasiłków chorobowych i opiekuńczych. Zatem, aby postępowanie w sprawie ustalenia prawa i wypłaty zasiłków chorobowych i opiekuńczych przebiegało bez konieczności prowadzenia dodatkowych postępowań wyjaśniających przez płatników zasiłków, konieczne jest wprowadzenie takich regulacji, których realizacja nie będzie budziła wątpliwości w praktyce. Ponadto, jeżeli wystawiający zwolnienie lekarskie będzie zobowiązany do odniesienia się do każdego z tytułu ubezpieczenia świadczeniobiorcy, powyższe będzie wymagało zmiany wzoru zaświadczenia lekarskiego dotychczas obowiązującego w Zakładzie. Obecnie wzór zaświadczenia lekarskiego jest jeden, taki sam dla świadczeniobiorcy, płatnika składek i Zakładu, natomiast jeżeli w zaświadczeniu lekarskim miałaby być zawarta informacja, że ubezpieczony może świadczyć pracę u innego płatnika (musiałoby być wskazane u jakiego płatnika) w okresie orzeczonej niezdolności do pracy, to nie mógłby być to jeden wzór zaświadczenia lekarskiego. W przeciwnym wypadku powstałaby sytuacja, że informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego byłyby przekazywane do drugiego płatnika – tego, u którego nie może świadczyć pracy (że u innego płatnika może świadczyć pracę). Natomiast, zgodnie z art. 9 ust. 1 RODO, zabrania się przetwarzania danych osobowych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej lub danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej tej osoby. W opinii Zakładu z zaświadczeń lekarskich powinno bowiem jednoznacznie wynikać, z którego tytułu ubezpieczeń (u którego płatnika składek) świadczeniobiorca będzie mógł wykonywać pracę. W przeciwnym przypadku Zakład stwierdzając, że podczas niezdolności do pracy ubezpieczony wykonuje pracę z innego tytułu niż wystawione zwolnienie lekarskie, zgodnie z art. 17 ustawy zasiłkowej będzie odmawiał prawa do zasiłku chorobowego. Ponadto, brak jednoznaczności w wystawianych zaświadczeniach lekarskich może prowadzić do nienależnych wypłat zasiłków (obecnie, przed wypłatą zasiłków podlega sprawdzeniu okoliczność, czy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione ze wszystkich tytułów).  W tym miejscu należy także zaznaczyć, że przedmiotowa zmiana wymagałaby również zmian w zasadach ustalania okresu zasiłkowego (art. 8 i 9 nowelizowanej ustawy). Obecnie okres zasiłkowy nie jest uzależniony od liczby tytułów do ubezpieczeń, nie jest liczony dla każdego z tytułów oddzielnie, jest jeden okres zasiłkowy. Przy proponowanej zmianie np. jeżeli świadczeniobiorca w „jednej pracy” byłby niezdolny do pracy i miałby zwolnienie lekarskie, to ta niezdolność do pracy byłaby wliczana do okresu zasiłkowego, a w „drugiej pracy” nie miałby zwolnienia lekarskiego, wówczas nie miałby orzeczonej niezdolności do pracy, którą można byłoby wliczyć do okresu zasiłkowego. Natomiast, jeżeli świadczeniobiorca byłby zatrudniony u kilku płatników składek, którzy do ubezpieczenia chorobowego zgłaszają powyższej 20 ubezpieczonych i sami wypłacają świadczenia z tytułu choroby, wówczas nie posiadaliby oni informacji, że dany ubezpieczony był niezdolny do pracy u płatnika składek nr 1 w okresie, w którym u płatnika składek nr 2 świadczył pracę. Niezdolności do pracy u płatnika składek nr 1 nie zostałyby wliczone do okresu zasiłkowego u płatnika składek nr 2. Zgodnie z art. 8 nowelizowanej ustawy 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 (ust. 1). 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 (ust. 2). Natomiast w myśl art. 9 nowelizowanej ustawy do okresu, o którym mowa w art. 8 ustawy zasiłkowej, wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 ustawy zasiłkowej. Z treści ust. 2 przywołanego przepisu wynika, że 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. Z kolei z art. 9 ust. 3 wynika, że do okresu zasiłkowego nie wlicza się okresu niezdolności do pracy przypadającego w okresach, o których mowa w art. 4 ust. 1, tj. w okresach wyczekiwania.  Jak podnosi się w literaturze „Okres zasiłkowy jest terminem języka prawnego. Okres zasiłkowy stanowią wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy czasowej, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 ustawy zasiłkowej. Termin ten odnosi się zatem do okresu przysługiwania i wypłaty zasiłku chorobowego. Maksymalna długość okresu zasiłkowego jest oceniania w kontekście nieprzerwanego trwania czasowej niezdolności do pracy lub niemożności wykonywania pracy, wynosi 182 dni lub – w przypadku niezdolności do pracy spowodowanej gruźlicą lub przypadającej na okres ciąży – 270 dni. Maksymalna długość okresu zasiłkowego nie jest ograniczona w zakresie roku kalendarzowego, lecz zdeterminowana poprzez trwanie ryzyka socjalnego, czyli nieprzerwaną, czasową niezdolność do pracy (z powodu choroby) lub niemożność wykonywania pracy (art. 6 ust. 2 ustawy zasiłkowej). Oznacza to, że czas trwania niezdolności do pracy i okres zasiłkowy mogą, ale nie muszą się pokrywać (por. I. Jędrasik-Jankowska, Pojęcia i konstrukcje prawne, s. 338), gdyż okres nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy lub niemożności wykonywania pracy nie może trwać dłużej niż 182 lub 270 dni. Zasadniczo, po przerwie związanej z odzyskaniem zdolności do pracy, w razie ponownego stwierdzenia niezdolności do pracy okres zasiłkowy biegnie od początku i może wynosić maksymalnie 182 dni. Wyjątkowo do danego okresu zasiłkowego wlicza się okres poprzednich niezdolności do pracy jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni”. Ponadto, powyższe wątpliwości dotyczące ustalania okresu zasiłkowego, spowodują również problemy w ustalaniu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, które jest „przedłużeniem” okresu zasiłkowego. Konkludując, z wyżej wymienionych względów a także uwzględniając możliwość wystąpienia potencjalnych nadużyć, proponujemy ponowne rozważenie zasadności proponowanej zmiany. | **Uwaga częściowo uwzględniona.**  Uwaga wyjaśniona w Lp. 44, 47 i 48.  W projekcie dokonano zmian – m.in. zrezygnowano z wystawiania dodatkowego orzeczenia. Wskazano natomiast, że jeżeli praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana z uwagi na rodzaj tej pracy, na żądanie ubezpieczonego nie wystawia się zwolnienia od pracy z tego tytułu.  Oznacza to, że na żądanie pacjenta, na podstawie posiadanych przez lekarza informacji (w tym oświadczeń ubezpieczonego, wywiadu medycznego), jeżeli wystawiający zwolnienie lekarskie oceni, że praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana przez ubezpieczonego, z uwagi na rodzaj tej pracy, nie wystawi on zwolnienia z tego tytułu.  Jednocześnie w projekcie wskazano, że w takim przypadku ubezpieczony jest obowiązany poinformować płatnika składek będącego płatnikiem zasiłków (tzw. duży płatnik składek) o okresie, na który zostało mu wystawione zwolnienie od pracy z innego tytułu – w celu ustalenia prawidłowego okresu zasiłkowego.  W dalszym ciągu będzie obowiązywała zasada, zgodnie z którą okres zasiłkowy nie jest uzależniony od liczby tytułów do ubezpieczeń (jest jeden okres zasiłkowy). W związku z tym dokonano stosownej zmiany w art. 9 ust. 4 ustawy zasiłkowej.  Odnosząc się natomiast do relacji zwolnień lekarskich wobec orzeczeń lekarza medycyny pracy o przeciwwskazaniach zdrowotnych / braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku pracy oraz do regulacji zawartych w art. 229 § 2 k.p., należy zauważyć, że zasady w tym zakresie się nie zmieniają. Relacje te będą takie same jak obecnie. |
|  | Art. 13 pkt 4 projektu w zakresie art. 56 ust. 5 pkt. 1 | ZUS | Do pkt 4 w zakresie art. 56 zmienianej ustawy: Proponujemy nadanie art. 56 ust. 5 pkt 1 nowego brzmienia: „1) udostępnia właściwym jednostkom organizacyjnym samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz organom określonym w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 oraz z 2023 r. poz. 1234), dla celów postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza i lekarza dentysty: a) informacje zgromadzone w rejestrze, o którym mowa w ust. 1, oraz w rejestrze, o którym mowa w art. 55b ust. 1, b) informacje dotyczące kontroli, o której mowa w art. 59 ust. 1, oraz dokumenty zgromadzone w postępowaniach związanych z kontrolą, c) informacje dotyczące cofnięcia upoważnienia do wystawania zaświadczeń lekarskich, o którym mowa w art. 60 ust. 1–2, oraz dokumenty zgromadzone w tych postępowaniach;”. Proponowana zmiana ma charakter doprecyzowujący, tak aby wyeliminować możliwe wątpliwości interpretacyjne, tj. informacje oraz dokumenty o których mowa w art. 56 ust. 5 pkt. 1 ustawy świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, będą przekazywane na wniosek właściwych jednostek organizacyjnych samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, jak również z inicjatywy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Proponowane brzmienie przepisu nie budzi wątpliwości interpretacyjnych. Przepis ten dotyczy udostępniania wskazanych informacji przez ZUS i nie definiuje na czyj wniosek to następuje. |
|  | Art. 13 pkt 5 projektu w zakresie zmian art. 59 ust. 5a, 5b, 5g-5i | Urząd Ochrony Danych Osobowych | Projektowane zmiany art. 59 ust. 5a, 5b i 5g - 5i ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa statuują rozwiązania dotyczące nowego sposobu przekazywania osobom ubezpieczonym zawiadomień o terminie badania w sprawach dotyczących kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich. Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu, „Potrzeba zmiany przepisów w tym zakresie wynika z planów wdrażania i rozwoju w ZUS nowych technologii stosowanych w kontaktach z klientami. Do aktualnego katalogu możliwych do zastosowania sposobów przekazania zawiadomienia o terminie badania dodano nowy oparty na automatyzacji połączeń telefonicznych, tj. przy zastosowaniu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych (tzw. voicebotów). Osoba ubezpieczona, wobec której kierowane jest zawiadomienie o terminie badania, będzie miała zagwarantowaną możliwość wyrażenia zgody na przekazanie informacji w tym zakresie przy użyciu voicebota oraz zapewnioną możliwość kontaktu z pracownikiem ZUS, w przypadku braku akceptacji przyjęcia informacji o terminie badania we wskazany sposób. Dla celów potwierdzenia skuteczności doręczenia zawiadomienia we wskazany sposób, rozmowa będzie rejestrowana, po uprzednim uzyskaniu zgody ubezpieczonego na nagranie”. Organ właściwy w sprawie ochrony danych osobowych, rozumiejąc chęć usprawnienia przez ZUS procesów kontaktów z klientami, zwraca jednak uwagę, że wybrane i uregulowane w projekcie rozwiązanie w postaci zautomatyzowanego przetwarzania danych biometrycznych (jakimi są nagrania głosów osób kontaktujących się z ZUS) jest wyjątkowo inwazyjną formą przetwarzania danych osobowych, która jest obarczona wysokim ryzykiem naruszenia praw i wolności osób nagrywanych. Analiza unikalnej cechy biometrycznej, jaką jest głos człowieka, pozwala nie tylko dokonać jego identyfikacji, ale określić m.in. jego stany emocjonalne, ustalić choroby, na które dana osoba cierpi czy określić jego wiek i płeć. Dane biometryczne – zgodnie z art. 9 ust. 1 rozporządzenia 2016/679 – należą zaś do danych szczególnych kategorii których przetwarzanie wymaga zachowania szczególnego reżimu. Biorąc pod uwagę, że przetwarzanie danych biometrycznych wiąże się z ogromnym ryzykiem naruszenia podstawowych praw i wolności podmiotów danych należy bardzo sceptycznie ocenić projektowane rozwiązanie, zgodnie z którym ZUS zamierza automatyczne przetwarzać te dane za pomocą tzw. voicebotów, które to narzędzie są w istocie wspierane sztuczną inteligencją. Organ nadzorczy przypomina, że 18 kwietnia 2021 r. Europejska Rada Ochrony Danych (EROD) i Europejski Inspektor Ochrony Danych (EIOD) wydali oświadczenie wzywające do zakazu wykorzystywania sztucznej inteligencji do automatycznego rozpoznawania cech ludzkich w przestrzeni publicznej oraz niektórych innych zastosowań sztucznej inteligencji, które mogą prowadzić do niesprawiedliwej dyskryminacji. Także we wdrażanym obecnie do polskiego porządku prawnego rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji oraz zmiany rozporządzeń (WE) nr 300/2008, (UE) nr 167/2013, (UE) nr 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 i (UE) 2019/2144 oraz dyrektyw 2014/90/UE, (UE) 2016/797 i (UE) 2020/1828 (akt w sprawie sztucznej inteligencji), w motywie 39 podkreślono, że „Wszelkie przetwarzanie danych biometrycznych i innych danych osobowych związane z wykorzystaniem systemów AI do identyfikacji biometrycznej, inne niż w związku z wykorzystywaniem systemów zdalnej identyfikacji biometrycznej w czasie rzeczywistym w przestrzeni publicznej w celu ścigania przestępstw zgodnie z przepisami niniejszego rozporządzenia, powinno pozostawać zgodne z wymogami wynikającymi z art. 10 dyrektywy (UE) 2016/680. Do celów innych niż ściganie przestępstw art. 9 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2016/679 i art. 10 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2018/1725 zakazują przetwarzania danych biometrycznych z uwzględnieniem ograniczonej liczby wyjątków określonych w tych artykułach. W ramach stosowania art. 9 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2016/679 wykorzystywanie zdalnej identyfikacji biometrycznej do celów innych niż ściganie przestępstw było już przedmiotem decyzji zakazujących takiego wykorzystywania, wydawanych przez krajowe organy ochrony danych”. Projektowane rozwiązanie budzi więc poważne wątpliwości także na gruncie ww. aktu prawnego. Niezależnie od powyższego należy zwrócić uwagę, że projektowane przepisy dotyczące automatycznego przetwarzania danych osobowych osób korzystających z usług ZUS nie zawierają rozwiązań dotyczących procedur przetwarzania tych danych, a także ich zabezpieczania i usuwania. Projektowane przepisy należy więc ocenić negatywnie, jako zagrażające realizacji zasad dotyczących przetwarzania danych osobowych: przejrzystości i legalizmu (5 ust. 1 lit. a rozporządzenia 2016/679), ograniczenia celu (5 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679) minimalizacji danych (5 ust. 1 lit. c rozporządzenia 2016/679) integralności i poufności (5 ust. 1 lit. f rozporządzenia 2016/679) oraz ograniczenia przechowania (5 ust. 1 lit. e rozporządzenia 2016/679) i w wielkim stopniu ingerujące w prywatność osób fizycznych korzystających z usług ZUS. Wskazane przez projektodawcę argumenty o konieczności wdrażania i rozwoju w ZUS nowych technologii stosowanych w kontaktach z klientami w istocie nie uzasadniają w sposób wystarczający stosowania tak inwazyjnej formy przetwarzania danych osobowych. Jednocześnie projektodawca nie zawarł w projekcie wymaganych przez art. 9 ust. 2 i 3 rozporządzenia 2016/679 gwarancji dotyczących przetwarzania danych osobowych biometrycznych. Uzasadnione jest zatem usunięcie z projektu kwestionowanego rozwiązania. | **Uwaga uwzględniona.**  Z projektu usunięto kwestionowane rozwiązanie. |
|  | Art. 13 pkt 5 projektu w zakresie art. 59 | Związek Pracodawców Polska Miedź | Poszerzenie zakresu kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny oraz wprowadzenie konieczności udzielenia przez ubezpieczonego wyjaśnień i informacji w sprawie może prowadzić do zwiększenia obciążenia administracyjnego zarówno dla płatnika składek jak i ubezpieczonych.  Ponadto określony w przepisie proces kontroli i udzielania wyjaśnień może prowadzić do opóźnień w przyznawaniu zasiłków chorobowych, a także może skutkować sporami i korektami świadczeń chorobowych już wypłaconych. | **Uwaga wyjaśniona.**  Zmiana nie poszerza dotychczasowego zakresu kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny, ale jedynie doprecyzowuje zapisy dotyczące uprawnień ZUS w tym zakresie. W projekcie wskazano jednoznacznie na uprawnienie do kontrolowania zarówno zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, jak i zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny, celem wyeliminowania wątpliwości uczestników kontroli (przykładowo, wystawiającego zaświadczenie lekarskie), które zgłaszane są z uwagi na aktualne brzmienie przepisu.  Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy zasiłkowej, przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości, zaświadczenie lekarskie stanowi dowód stwierdzający 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, jak również z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny.  Przy aktualnym brzmieniu art. 59 ust. 1 ustawy, na etapie analizy wniosku ZUS o udostępnienie dokumentacji medycznej, stanowiącej podstawę wystawienia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny wystawiający zaświadczenie lekarskie i podmiot leczniczy, w którym wystawiający zaświadczenie lekarskie udzielił świadczeń zdrowotnych niejednokrotnie zgłaszająwątpliwości dotyczące uprawnień ZUS w ramach tej kontroli. W poszczególnych przypadkach wystawiający zaświadczenie lekarskie i podmiot leczniczy, powołując się na literalne brzmienie art. 59 ust. 1 wymienionej ustawy, odmawiają udostępnienia żądanej dokumentacji medycznej. Konieczne jest zatem wprowadzenie zmiany w tym zakresie.  Zmiana ust. 3 w art. 59 ustawy zasiłkowej dotyczy natomiast doprecyzowania zapisów odnoszących się do czynności podejmowanych w ramach kontroli zaświadczeń lekarskich. Celem tej regulacji jest usprawnienie kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy na etapie gromadzenia dowodów niezbędnych do dokonania ustaleń orzeczniczych przez lekarza orzecznika ZUS. Nie będzie ona miała wpływu na terminowość wypłaty przez ZUS zasiłków. |
|  | Art. 13 pkt 6 projektu w zakresie art. 60 ust. 4 i 5 | Porozumienie Zielonogórskie | Zmiana w art. 60 ust. 4 i 5, która likwiduje możliwość odwołania od decyzji ZUS do MRPiPS jest niebezpieczna dla osób, których decyzje dotyczą. Jeżeli jak zapisano w Uzasadnieniu do projektu taka ścieżka odwoławcza jest niezgodna z zasadą wyrażoną w art. 66 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych to należy zmienić zapisy tej zasady aby odwołanie było możliwe. Unikanie kontroli ministerstwa nad ZUS nie jest dobrym rozwiązaniem i zmniejsza poczucie bezpieczeństwa prawnego obywateli. Ponowne rozpatrzenie sprawy przez tą samą instytucję nie jest tożsame z oceną przez inną instytucję. | **Uwaga wyjaśniona.**  Przedmiotowa zmiana ma charakter ujednolicający. Proponowane rozwiązanie funkcjonuje już obecnie w ZUS, np. przy rozpatrywaniu wniosków o umorzenie należności z tytułu składek, przyznawaniu świadczeń w drodze wyjątku, czy też rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego.  Jednocześnie należy zauważyć, że poza kontrolą decyzji w tych sprawach przez Prezesa ZUS, stronie będzie przysługiwało prawo wniesienia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego, co zapewni II-instancyjność drogi odwoławczej. Nietrafny jest zatem argument o braku oceny sprawy przez inną niż ZUS instytucję.  Ponadto za proponowaną zmianą przemawia treść art. 66 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Przepis ten wyłącza z przedmiotu nadzoru nad działalnością ZUS sprawy indywidualne rozstrzygane w drodze decyzji administracyjnej. Oznacza to w szczególności, że nadzór ten ma wyłącznie charakter ustrojowy, a nie procesowy, i nie może wiązać się z przypisaniem kompetencji do rozpoznawania środków prawnych od decyzji administracyjnych wydawanych przez ZUS ani do ich weryfikacji w trybach nadzwyczajnych postępowania administracyjnego. |
|  | Art. 13 pkt. 7 i 8 projektu w zakresie art. 68 i art. 68a zmienianej ustawy | ZUS | do pkt 7 i 8 w zakresie art. 68 i art. 68a zmienianej ustawy: W myśl proponowanych przepisów – Zakład ma prawo do kontrolowania ubezpieczonych oraz osób po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego co do prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem. Płatnicy składek zgłaszający do ubezpieczenia powyżej 20 osób, uprawnieni są do kontrolowania ubezpieczonych, którym wypłacają zasiłki. Zakład ponadto jest uprawniony w zakresie kontroli na wniosek czy z urzędu u płatników zgłaszających do ubezpieczenia powyżej 20 osób. Powyższe kontrole obejmują zwolnienia z powodu niezdolności do pracy, za które przysługuje zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy lub świadczenie rehabilitacyjne. Proponowane przepisy pomijają kwestię kontroli ubezpieczonych w czasie pobierania wynagrodzenia chorobowego. W dotychczasowej praktyce, z obecnie obowiązujących przepisów można było wywieść, że płatnicy zgłaszający do ubezpieczenia powyżej 20 osób mogą kontrolować swoich pracowników również w czasie pobierania przez nich wynagrodzenia chorobowego. Brak było regulacji dotyczącej takiego uprawnienia dla płatników zgłaszających do ubezpieczenia poniżej 20 osób – w praktyce przyjęto, że płatnicy ci sami kontrolują ubezpieczonych, którym wypłacają wynagrodzenie chorobowe. Przy proponowanej regulacji art. 68a ust. 1 kontrola miałaby zostać ograniczona do zwolnień z powodu niezdolności do pracy, za które przysługuje zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy lub świadczenie rehabilitacyjne. Dotyczyć by to miało zarówno Zakładu jak i płatników zgłaszających do ubezpieczenia powyżej 20 osób. Zwolnienie z powodu niezdolności do pracy, za które przysługuje wynagrodzenie chorobowe w świetle proponowanej regulacji nie podlegałoby kontroli – nie przewidziano takich uprawnień ani dla płatnika składek zgłaszającego do ubezpieczenia powyżej 20 osób, ani zgłaszającego do ubezpieczenia poniżej 20 osób. | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt został uzupełniony. |
|  | Art. 13 pkt 7 w zakresie zmian art. 68 | Związek Pracodawców Polska Miedź | Zgodnie z treścią proponowanych przepisów, ZUS z urzędu lub na wniosek płatników składek będzie uprawniony do formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich oraz prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem, a płatnicy składek tylko do kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem.  W konsekwencji ZUS będzie miał większą kontrolę nad procesem wydawania i wykorzystywania zwolnień lekarskich podczas gdy uprawnienia kontrolne płatników składek będą ograniczone, co może skutkować utrudnieniem monitorowania zwolnień lekarskich swoich pracowników. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Obecnie elektronizacja zwolnień lekarskich powoduje, że ich formalną kontrolę jest w stanie zrealizować wyłącznie ZUS w systemie teleinformatycznym. Natomiast płatnik składek może zwrócić się do ZUS z wnioskiem o przeprowadzenie takiej kontroli. |
|  | Art. 13 pkt 8 projektu w zakresie art. 68a ust. 4 | ZUS | Do pkt 8 w zakresie art. 68a ust. 4 zmienianej ustawy: Zgodnie z proponowanym przepisem kontrola wykorzystywania zwolnień powinna być dokonywana z wykorzystaniem środków adekwatnych i proporcjonalnych do celu kontroli, z poszanowaniem prywatności osoby kontrolowanej oraz innych osób przebywających w miejscu kontroli oraz w sposób wolny od ryzyka pogorszenia się stanu zdrowia osoby kontrolowanej i zakłócania procesu leczenia lub rekonwalescencji. Należy zauważyć, że przepis wymaga doprecyzowania, aby w praktyce nie budził wątpliwości zarówno u osób kontrolowanych jak i kontrolujących w zakresie „poszanowania prywatności osoby kontrolowanej”. W praktyce może okazać się, że dla niektórych ubezpieczonych wejście na teren prywatny np. do domu albo mieszkania albo przeglądanie zdjęć, filmów na prywatnym profilu w mediach społecznościowych będzie naruszeniem prywatności. W praktyce przepis ten może spowodować, że świadczeniobiorcy powołując się na „poszanowanie prywatności”, uniemożliwią przeprowadzenie kontroli zarówno przez płatników składek jak i przez Zakład. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zgodnie z art. 47 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego. Prawo do prywatności ma charakter konstytucyjny, obowiązujący również w relacjach wertykalnych, tj. pomiędzy organem administracji publicznej a jednostką. Zatem z mocy Konstytucji każdy organ władzy publicznej ma obowiązek chronić prywatność jednostki, również jako jednostki kontrolowanej.  Nie ma powodu do uszczegółowienia pojęcia „poszanowania prywatności osoby kontrolowanej”, gdyż na poziomie ustawy jest to termin prawny, a pojęcie „prywatności” – na gruncie naruszenia dóbr osobistych – zostało szeroko zdefiniowane w orzecznictwie sądowym. |
|  | Art. 13 pkt 8 projektu ustawy w zakresie art. 68b | ZUS | Do pkt 8 w zakresie art. 68b zmienianej ustawy: W proponowanym art. 68b ust. 1 ustawy powołany został art. 68 ust. 2. Zgodnie z propozycją zawartą w art. 13 pkt 7 lit c. projektu ustawy – art. 68 ust. 2 zostanie uchylony. | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt został zmieniony. |
|  | Art. 13 pkt 8 projektu w zakresie art. 68b ust. 3 pkt 4 oraz art. 68e ust. 1 pkt 4 lit. b | ZUS | Do pkt 8 w zakresie art. 68b ust. 3 pkt 4 oraz art. 68e ust. 1 pkt 4 lit. b nowelizowanej ustawy: W proponowanych przepisach przewiduje się, że upoważnienie oraz protokół kontroli zawierać będą numer dokumentu tożsamości kontrolującego i datę jego wydania. W naszej opinii brak jest uzasadnienia, aby pracownicy Zakładu przy czynnościach służbowych byli zobowiązani posługiwać się swoimi danymi wynikającymi np. z dowodu osobistego. Ze względu na to, że czynności te wykonują pracownicy z upoważnienia Zakładu, dokumentem takim powinna być wyłącznie legitymacja służbowa, tak jak w przypadku inspektorów kontroli (art. 89 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt został zmieniony. |
|  | Art. 13 pkt 8 projektu ustawy w zakresie art. 68e ust. 1 pkt 6 i 7 | ZUS | Do pkt 8 w zakresie art. 68e ust. 1 pkt 6 i 7 zmienianej ustawy: Proponujemy albo wyraźnie wskazać, że pkt 6 i 7 dotyczy tylko kontroli wykorzystywania zwolnienia z powodu niezdolności do pracy, za które przysługuje zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy lub świadczenie rehabilitacyjne albo uzupełnić te punkty w następujący sposób:  a) pkt 6 „numer zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy w przypadku kontroli wykorzystywania zwolnienia z powodu niezdolności do pracy, za które przysługuje zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy albo oznaczenie decyzji w przypadku kontroli wykorzystywania orzeczonej niezdolności do pracy, za które przysługuje świadczenie rehabilitacyjne”;  b) pkt 7 „imię i nazwisko lekarza, który wydał zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy w przypadku kontroli wykorzystywania zwolnienia z powodu niezdolności do pracy, za które przysługuje zasiłek chorobowy lub zasiłek opiekuńczy albo oznaczenie decyzji w przypadku kontroli wykorzystywania zwolnienia orzeczonej niezdolności do pracy z powodu niezdolności do pracy, za które przysługuje świadczenie rehabilitacyjne”. | **Uwaga częściowo uwzględniona.**  W projekcie zostały dodane informacje dotyczące oznaczenia decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego. Dalsze uszczegółowienie danych nie znajduje uzasadnienia, gdyż dotyczy to sposobu wypełniania protokołu kontroli. |
|  | Art. 13 pkt 8 projektu ustawy w zakresie art. 68e ust. 1 pkt 3 lit b | ZUS | Do pkt 8 w zakresie art. 68e ust. 1 pkt 3 lit. b zmienianej ustawy: Z uwagi na to, że osobami kontrolowanymi mogą być cudzoziemcy nie posiadający numeru PESEL proponujemy, aby w protokole kontroli zamieszczano numer PESEL, a jeżeli osoba kontrolowana nie ma nadanego nr PESEL, datę urodzenia; | **Uwaga częściowo uwzględniona.**  W projekcie wskazano, że protokół kontroli zawiera numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – datę urodzenia, rodzaj, serię i numer dokumentu tożsamości. Są to dane zgodne z rozwiązaniami przyjętymi w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych. Gdyby nie nadano numeru PESEL, wskazanie samej daty urodzenia byłoby niewystarczające. |
|  | Art. 13 pkt. 8 projektu ustawy w zakresie art. 68e ust. 4 | ZUS | Do pkt 8 w zakresie art. 68e ust. 4 nowelizowanej ustawy: Projekt ustawy wprowadza 14-dniowy okres na wniesienie przez ubezpieczonego zastrzeżeń do ustaleń kontroli. Zasadniczo możliwość wniesienia przez ubezpieczonego zastrzeżeń wydłuży czas rozpatrywania prawa do zasiłku, bowiem Zakład nie będzie mógł przed upływem tego terminu rozpatrzyć sprawy zasiłkowej. Ponadto wątpliwości budzi sytuacja, w której ubezpieczony nie skorzysta z prawa zgłoszenia zastrzeżeń, a następnie odwoła się od decyzji np. odmawiającej prawa do zasiłku i w odwołaniu zgłosi zastrzeżenia dotyczące ustaleń z kontroli. Rozumiemy, że w tej sytuacji kwestia ta będzie już przedmiotem ustaleń dokonywanych przez sąd. | **Uwaga częściowo uwzględniona.**  W projekcie skrócono 14-dniowy termin na wniesienie zastrzeżeń do ustaleń kontroli do 7 dni. |
|  | Art. 13 pkt. 8 projektu w zakresie art. 68e ust. 5 | ZUS | Do pkt 8 w zakresie art. 68e ust. 5 zmienianej ustawy: Przepis wymaga doprecyzowania, co należy rozumieć przez pojęcie „sposób rozpatrzenia zastrzeżeń”. W celu uniknięcia wątpliwości przepis powinien również wskazywać, że po rozpatrzeniu zastrzeżeń dalsze środki zaskarżenia nie przysługują. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Obecnie obowiązujące przepisy dotyczące kontroli, w tym przepisy o kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dotyczące kontroli przez ZUS płatników składek, nie przewidują takich szczegółowych i kazuistycznych rozwiązań. |
|  | Dodatkowe propozycje zmian do ustawy zasiłkowej | ZUS | Poddajemy pod rozwagę uwzględnienie w projekcie zmian polegających na:  a) dodaniu w art. 55a nowego ust. 5a w brzmieniu: „5a. W przypadku uzasadnionego podejrzenia wykorzystywania profilu informacyjnego w celu innym niż określony w ust. 1, Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma prawo do zawieszenia dostępu do profilu informacyjnego wystawiającego zaświadczenie lekarskie na czas przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego.”, | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiana poza zakresem ustawy. |
|  | Dodatkowe propozycje zmian do ustawy zasiłkowej | ZUS | b) nadaniu art. 60 ust. 2 nowego brzmienia:  „2. W przypadku powtarzającego się naruszania zasad określonych w art. 55 ust. 1- 3, art. 55a ust. 6, 7 i 9 oraz art. 57, a także w przypadku potwierdzenia w postępowaniu wyjaśniającym, o którym mowa w art. 55a ust. 5a, wystąpienia zdarzeń wykorzystywania profilu informacyjnego w celu innym niż określony w art. 55a ust. 1, oraz w przypadku powtarzającego się naruszania zasad ustalania okresów, na jaki jest wystawiane zaświadczenie lekarskie, o których mowa w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 59a ustawy, 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.”.  Zgodnie z art. 55a ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w celu wystawiania zaświadczeń lekarskich wystawiający zaświadczenie lekarskie tworzy za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych profil informacyjny. Natomiast Zakład Ubezpieczeń Społecznych w celu wystawienia zaświadczenia lekarskiego udostępnia bezpłatnie wystawiającemu zaświadczenie lekarskie na jego profilu informacyjnym dane i informacje wymienione w ust. 2 art. 55a.  Zakład jako podmiot zobowiązany do udostępniania wystawiającym zaświadczenia lekarskie danych gromadzonych w Rejestrach prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Centralny Rejestr Ubezpieczonych, Centralny Rejestr Płatników Składek, Centralny Rejestr Członków Rodziny Ubezpieczonych Uprawnionych do Ubezpieczenia Zdrowotnego) oraz na podstawie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Rejestr zaświadczeń lekarskich) – odnotował występowanie licznych przypadków wykorzystywania dostępu do profilu informacyjnego w celach innych niż wystawienie zaświadczenia lekarskiego. Wskazuje na to fakt, że wystawiający zaświadczenie lekarskie po uzyskaniu dostępu do danych znajdujących się na profilu informacyjnym finalnie nie wystawili zaświadczenia lekarskiego (ZLA). W 2023 r. stwierdzono 88855 przypadków dostępu do danych osobowych udostępnianych przez Zakład na profilach informacyjnych wystawiających zaświadczenia lekarskie, gdzie dostęp nie zakończył się wystawieniem zaświadczenia lekarskiego. W 2024 r. w okresie 10 miesięcy (styczeń – październik) stwierdzono 84577 takich przypadków.  W prawidłowym procesie wystawienia zaświadczenia lekarskiego, wystawienie ZLA możliwe jest wyłącznie przez osobę do tego upoważnioną. 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 – lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera. Są to osoby zdefiniowane w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa jako „wystawiający zaświadczenie lekarskie”. Osoby te, upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich otrzymują po złożeniu oświadczenia, że zobowiązują się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy i przepisów o ochronie danych osobowych.  Zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich wynikają z przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (art. 55, 55a, 58a) oraz rozporządzenia z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim. Z przepisów ustawy wynika, że 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. Ustawa określa szczegółowo zakres danych zawartych w zaświadczeniu lekarskim.  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, odpowiednio (podpisaną 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):  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.  Istotny jest fakt, że wystawiający zaświadczenie lekarskie tworzy za pomocą systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych profil informacyjny oraz powinien z niego korzystać w celu wystawiania zaświadczeń lekarskich. Z kolei w tym właśnie celu Zakład udostępnia wystawiającemu zaświadczenie lekarskie na jego profilu informacyjnym dane niezbędne do wystawienia zaświadczenia lekarskiego. Jeżeli doszło do popełnienia błędu w zaświadczeniu można takie zaświadczenie unieważnić.  Uzyskanie dostępu do danych udostępnianych przez Zakład na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie, które nie kończy się czynnością wystawienia/unieważnienia/korekty błędu tego zaświadczenia, jest niezgodne z celem ustawowym opisanym powyżej. Działanie takie – nieuprawnione w świetle ustawy, ale występujące w praktyce – wymaga zatem prawnej interwencji. Obecnie przepisy nie dają możliwości skutecznego reagowania przez Zakład np. poprzez czasowe zawieszenie dostępu wystawiającemu zaświadczenie lekarskie do danych udostępnionych przez Zakład, w przypadku gdy dostęp do danych na profilu informacyjnym nie zakończy się wystawieniem/unieważnieniem zaświadczenia lekarskiego. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku podmiotów, dla których dostęp do danych jest gwarantowany ustawowo w celu wykonywania przez nich obowiązków ustawowych (a tak jest w przypadku osób upoważnionych do wystawienia zaświadczeń lekarskich), działania Zakładu mające na celu przeciwdziałanie wykorzystywaniu dostępu do danych w sposób nieuprawniony, muszą być legitymowane przepisem ustawowym. W związku z powyższym proponowana jest zmiana przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez dodanie w art. 55a ust. 5a, zgodnie z którym w przypadku uzasadnionego podejrzenia wykorzystywania profilu informacyjnego w celu innym niż wystawienie zaświadczenia lekarskiego, Zakład miałby prawo do zawieszenia dostępu do profilu informacyjnego wystawiającego zaświadczenie lekarskie na czas przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego. Według proponowanej regulacji – Zakład po zawieszeniu dostępu do profilu informacyjnego w zakresie danych udostępnianych w celu wystawiania zaświadczeń lekarskich, przeprowadzałby postępowanie wyjaśniające, w którym ustalona zastałaby skala nieuprawnionego dostępu (liczba „wejść” na profil informacyjny niezakończonych wystawieniem zaświadczenia lekarskiego) oraz stopnia zawinienia lekarza (np. ubezpieczony rezygnuje z uzyskania zaświadczenia lekarskiego w trakcie jego wystawiania – brak tu winy wystawiającego zaświadczenie lekarskie). Jeżeli efektem przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego byłoby potwierdzenie, że doszło do nieuprawnionego wykorzystywania dostępu do danych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie, Zakład miałby możliwość czasowego cofnięcia upoważnienia do wydawania zaświadczeń lekarskich, poprzez wydanie stosownej decyzji. Dlatego też proponowana jest zmiana w art. 60 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, w którym, poza przypadkami wymienionymi obecnie w tym przepisie oraz proponowanymi w projekcie, również w przypadku potwierdzenia w postępowaniu wyjaśniającym wystąpienia zdarzeń wykorzystywania profilu informacyjnego w celu innym niż określony w art. 55a ust. 1 (wystawienie zaświadczenia lekarskiego), Zakład mógłby, 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 | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiana poza zakresem ustawy. |
|  | Dodatkowe propozycje zmian do ustawy zasiłkowej | ZUS | Dodatkowo proponujemy dodanie w art. 59 nowego ust. 13a w brzmieniu: „13a. W przypadku gdy w wyniku kontroli, o której mowa w art. 59 ust. 1, zostanie ustalone, że wystawiający zaświadczenie lekarskie rażąco naruszył zasady orzekania o czasowej niezdolności do pracy, i zachodzą przesłanki do wydania decyzji, o której mowa w art. 60 ust. 1 lub ust. 2, a rodzaj tego naruszenia wskazuje, że dalsze wystawianie zaświadczeń lekarskich może skutkować z dużym prawdopodobieństwem kolejnymi naruszeniami, Zakład Ubezpieczeń Społecznych uwzględniając wyjątkowo ważny interes społeczny, ma prawo wydać postanowienie o zawieszeniu dostępu do profilu informacyjnego wystawiającego zaświadczenie lekarskie na czas niezbędny do przeprowadzenia postępowania związanego z wydaniem decyzji o cofnięciu upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Postanowienie jest natychmiast wykonalne. Na postanowienie wystawiającemu zaświadczenie lekarskie przysługuje zażalenie w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia. Zażalenie wnosi się do Prezesa Zakładu za pośrednictwem terenowej jednostki organizacyjnej, która wydała postanowienie. Zażalenie nie wstrzymuje natychmiastowej wykonalności postanowienia.”. W ramach realizacji zadań związanych z kontrolą zaświadczeń lekarskich Zakład identyfikuje zagadnienia, które są przedmiotem analiz w kontekście ryzyk wystąpienia nadużyć. Ryzyka te dotyczą m. in. niezgodnych ze stanem faktycznym ustaleń w przedmiocie czasowej niezdolności do pracy w przypadku wystawiania zaświadczeń lekarskich za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, tj. przy wykorzystaniu witryn internetowych z ofertami szybkiego uzyskania w sposób zdalny zaświadczenia lekarskiego.  Z ustaleń Zakładu dokonanych w wyniku dotychczas prowadzonych kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich wynika, że poszczególne podmioty udostępniające ww. witryny internetowe, oferują w ramach odrębnej usługi, nie powiązanej z konsultacją lekarską, uzyskanie zaświadczenia lekarskiego. Natomiast, wystawienie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy powinno być wynikiem oceny stanu zdrowia pacjenta przez lekarza dokonanej w ramach konsultacji lekarskiej, a także uwzględniać rodzaj i warunki wykonywanej przez niego pracy.  Lekarze współpracujący z podmiotami o których mowa powyżej, często decydują się na wystawienie zaświadczenia lekarskiego pomimo, że – zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – charakter problemu zdrowotnego zgłaszanego przez pacjenta, wyklucza możliwość udzielenia świadczenia zdrowotnego na odległość, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Przykład: lekarz współpracujący z podmiotem udostępniającym jedną z witryn internetowych, wyłącznie na podstawie informacji na temat problemu zdrowotnego, podanych przez pacjenta – bez jakiejkolwiek próby weryfikacji wiarygodności tych informacji (w tym, pomimo braku dostępu do dokumentacji medycznej z wcześniejszego leczenia stacjonarnego pacjenta u lekarza, który miałby zdiagnozować na podstawie bezpośredniego badania problem zdrowotny na który powołał się pacjent) – wystawiał zaświadczenia lekarskie z rozpoznaniem np.: S93 - Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego i poziomu stopy, H54 - Inne zaburzenia oka i przydatków oka, F33 - Zaburzenia depresyjne nawracające, L30 - Inne zapalenie skóry, M75 - Uszkodzenia barku. Opisany przykład pokazuje, że usługi „zakupu” zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy oferowane na witrynach internetowych często nie są powiązane z oceną stanu zdrowia pacjenta dokonywaną przez lekarza i sposób ich realizacji jest niezgodny z obowiązującymi regulacjami odnoszącymi się do orzekania o czasowej niezdolności do pracy. Zakład w toku kontroli zaświadczeń lekarskich wystawionych w podmiotach, o których mowa powyżej, stwierdził również przypadki naruszenia przez lekarzy dentystów przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza dentysty. Przykład: lekarz dentysta współpracujący z podmiotem udostępniającym jedną z witryn internetowych, w okresie tylko jednego miesiąca, przekazał do ZUS 2 497 zaświadczeń lekarskich, przy czym tylko 0,8% z tych zaświadczeń lekarskich wystawił z rozpoznaniem chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych. Pozostałe zaświadczenia lekarskie (tj. 99,2% wszystkich zaświadczeń lekarskich) lekarz dentysta wystawił z rozpoznaniem chorób zakaźnych, nowotworów, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, chorób układu nerwowego, chorób oka i ucha, chorób układu pokarmowego, chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób skóry, chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, chorób układu moczowopłciowego, ciąży, jak również urazów. W dokumentacji medycznej mającej stanowić podstawę wystawienia zaświadczeń lekarskich, lekarz dentysta nie odnotowywał informacji na temat posiadanego tytułu zawodowego – pomimo, że obowiązek ten wynika wprost z przepisów prawa. Po dokonaniu w toku kontroli ustaleń m. in. we wskazanym wyżej zakresie, Zakład podejmuje postępowania w przedmiocie cofnięcia upoważniania do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Postępowania te wymagają określonego czasu, ponieważ przeprowadzane są przy uwzględnieniu zasad (np. zapewnienie czynnego udziału w postępowaniu) i terminów na poszczególne czynności wynikających m. in. z ustawy – Kodeks postępowania administracyjnego.  Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że w okresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania związanego z wydaniem decyzji o cofnięciu upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich, lekarze współpracujący z podmiotami udostępniającymi witryny internetowe o których mowa powyżej, nie zmieniają trybu postępowania przy wystawianiu zaświadczeń lekarskich, tym samym dochodzi do kolejnych naruszeń. Przykład: w odniesieniu od jednego z lekarzy wystawiających zaświadczenia lekarskie w podmiotach udostępniających witryny internetowe o których mowa powyżej, Zakład przeprowadził kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich w toku której stwierdził rażące naruszenia zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy, które skutkowały podjęciem postępowania w przedmiocie cofnięcia upoważniania do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Od daty wszczęcia postępowania w przedmiocie cofnięcia upoważniania do wystawiania zaświadczeń lekarskich do daty odebrania dostępu do profilu informacyjnego wystawiającego zaświadczenie lekarskie w wyniku wydania i doręczenia decyzji w przedmiocie cofnięcia upoważniania do wystawiania zaświadczeń lekarskich, upłynęło 45 dni. We wskazanym okresie lekarz wystawił ponad 8 tys. zaświadczeń lekarskich w podmiotach udostępniających witryny internetowe o których mowa powyżej.  Zaświadczenia lekarskie stanowią dowód stwierdzający czasową niezdolność do pracy, przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości, a zatem z uwagi na wyjątkowo ważny interes społeczny, Zakład w przypadkach zbliżonych do opisanych powyżej, powinien posiadać prawo do zawieszenia dostępu do profilu informacyjnego wystawiającego zaświadczenie lekarskie na czas niezbędny do przeprowadzenia postępowania związanego z wydaniem decyzji o cofnięciu upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Proponowana zmiana przewiduje prawo wniesienia przez wystawiającego zaświadczenia lekarskie, środka odwoławczego od postanowienia w przedmiocie zawieszenia dostępu do profilu informacyjnego wystawiającego zaświadczenie lekarskie. W przepisach ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, regulujących kwestie odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, ustawodawca zastosował rozwiązanie zbliżone do proponowanego w art. 59 ust. 13a. Zgodnie z art. 77 przywołanej ustawy, w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (tj. przed wydaniem orzeczenia przez sąd lekarski), w przypadku gdy zebrane dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że lekarz, którego dotyczy postępowanie wyjaśniające prowadzone przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, lub obwiniony popełnił ciężkie przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez obwinionego zawodu lekarza zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego – sąd lekarski, na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej, ma prawo wydać postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza przez obwinionego na okres do roku. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiana poza zakresem ustawy. |
|  | Dodatkowe propozycje zmian do ustawy zasiłkowej | ZUS | Dodanie w art. 60 po ust. 1 nowego ust. 1a w brzmieniu: „1a. W przypadku niedopełnienia obowiązku, określonego w art. 59 ust. 3 pkt 3, Zakład Ubezpieczeń Społecznych może w drodze decyzji cofnąć upoważnienie, o którym mowa w art. 54 ust. 1, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.”. W aktualnym stanie prawnym poszczególni wystawiający zaświadczenie lekarskie nie realizują wniosków Zakładu o udostępnienie dokumentacji medycznej. Każdy pojedynczy przypadek powoduje, że kontrola ulega znacznemu wydłużeniu, lub – z uwagi na brak udostępnienia dokumentacji – nie może zostać zrealizowana. Zaświadczenie lekarskie stanowi dowód stwierdzający czasową niezdolność do pracy, przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości. Z uwagi na powyższe, w każdym pojedynczym przypadku, niedopełnienie obowiązku określonego w art. 59 ust. 3 pkt 3, powinno wiązać się z możliwością zastosowania przez Zakład sankcji w postaci cofnięcia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Z uwagi na skutki nieudostępnienia dokumentacji medycznej przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie, tj. brak możliwości przeprowadzenia kontroli zaświadczenia lekarskiego, proponujemy aby w takich przypadkach decyzja o cofnięciu upoważnienia mogła zostać wydana na okres do 6 miesięcy. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiana poza zakresem ustawy. |
|  | Dodatkowe propozycje przepisów ustawy zasiłkowej w zakresie wykorzystywania kontroli zwolnień lekarskich | Konfederacja Lewiatan | 1. Zwolnienia lekarskie mogą być wystawiane przez teleporadę maksymalnie na pewien czas ze wskazaniem 1- chory powinien leżeć. W przypadku potrzeby przedłużenia zwolnienia pracownik byłby zobowiązany do odbycia wizyty stacjonarnej u lekarza. Dodatkowo w ciągu jednego roku kalendarzowego pracownik może uzyskać maksymalnie dwa zwolnienia lekarskie wystawione w ramach teleporady. Teleporada powinna być sytuacją wyjątkową, w momencie braku możliwości umówienia się w danym dniu do lekarza bądź w sytuacji gdy stan zdrowia pracownika nie pozwala na przybycie do gabinetu.  2. Nie można uzyskać dwóch (do dyskusji) zwolnień z teleporady w bezpośrednim następstwie. Zasada ta zapewni pewność konsultacji bezpośrednio z lekarzem i nie będzie polegać na telemedycynie w dłuższej nieobecności w pracy.  3. Oznaczenie zwolnień z teleporady. Wszystkie zwolnienia wystawione przez teleporadę/ formularz powinny być odpowiednio oznaczone na zwolnieniu, co umożliwi łatwe zidentyfikowanie jego źródła. Zwiększy to transparentność i ułatwi kontrolę zasadności wystawianych zwolnień.  4. Obowiązek niezwłocznego informowania pracodawcy o nieobecności.  Pracownicy są zobowiązani do niezwłocznego (w ciągu tego samego dnia) informowania swojego pracodawcy o przyczynie nieobecności. Przestrzeganie tego obowiązku jest kluczowe dla utrzymania przejrzystości w zarządzaniu absencjami  5. Skrócenie czasu na wystawienie zwolnień wstecznych (wyjątek stanowiłyby zwolnienia ze szpitala)  Wprowadzenie krótszego terminu na wystawienie wstecznych zwolnień ma na celu zapewnienie, ze zwolnienia będą wystawiane w uzasadnionych przypadkach.  6. W przypadku zwolnień lekarskich oznaczonych wskazaniem 2 lekarz powinien uzasadnić swoją decyzję.  Ma to na celu zapewnienie, że pacjenci, którzy nie są w pełni zdolni do pracy nie podejmują się obowiązków, które nie są związane z powrotem do zdrowia.  7. Decyzja lekarza orzecznika przy skracaniu zwolnienia  Skrócenie zwolnienia lekarskiego wymaga decyzji lekarza orzecznika ZUS. Bez tej decyzji nie ma możliwości dokonania zmiany. Bez takiego zatwierdzenia skrócenie zwolnienia nie jest możliwe, co ma na celu ochronę pacjentów oraz zapewnienie, że ich stan zdrowia pozwala na wcześniejszy powrót do pracy  8. Dodatkowe badania lekarskie zlecane na wniosek pracodawcy  Pracodawca (nie częściej niż raz na 6 miesięcy) mógłby zlecić dodatkowe badania lekarskie przez niezależnego specjalistę w przypadku zwolnień lub schorzeń, które budzą wątpliwości. Taki krok ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zarówno pracownikowi jak i firmie.  9. Możliwość kontaktu telefonicznego z pracownikiem w trakcie L4  Chodzi o obowiązek skutecznego informowania pracodawcy o nieobecności – wyłączenie drogi korespondencyjnej z uwagi na zbyt długi czas doręczania, niezachowanie terminu przed rozpoczęciem pracy  10. Umożliwienie dokumentowania naruszeń m.in. poprzez fotografie, elektroniczny obieg dokumentów np. z możliwością podpisywania protokołu ZUS na ekranie tabletu  11. Weryfikacja i kontrola tzw. fabryk L4, w tym cofanie uprawnień lekarzom, którzy seryjnie wystawiają L4.  Szczególną uwagę zwraca działanie lekarzy, którzy w przypadku pracowników jednego przedsiębiorstwa potrafią wystawiać dziesiątki zwolnień lekarskich. Przeprowadzone w następstwie tego procederu kontrole wśród pracowników ww. podmiotu wykazywały liczne nadużycia jak chociażby wykonywanie innych prac zarobkowych w czasie trwania zwolnienia chorobowego. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiana poza zakresem ustawy. |
|  | Dodatkowe propozycje przepisów | ZUS | Do art. 16 pkt 3 projektu ustawy.  Brzmienie zmienianego ust. 1 w art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych wymaga uzupełnienia, poprzez wskazanie konieczności ustalenia w orzeczeniu o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu również jego związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. Proponujemy następujące brzmienie przepisu: „1. Orzeczenie o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu oraz jego związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową wydaje lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na zasadach i w trybie określonym w przepisach ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.”. | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt ustawy został zmieniony (zmiana o charakterze redakcyjnym). |
|  | Dodatkowe propozycje przepisów | ZUS | Do art. 18 projektu ustawy.  Zmienionemu ust. 2 art. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej proponujemy nadać następujące brzmienie: „2. Ustalając całkowitą niezdolność do pracy, lekarz orzecznik, za zgodą osoby ubiegającej się o rentę socjalną lub jej przedstawiciela ustawowego, zgłoszoną nie później niż w trakcie badania tej osoby, ustala niezdolność tej osoby do samodzielnej egzystencji, na zasadach i w trybie określonym w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, w celu uzyskania świadczenia, o którym mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2024 r. poz. 256, 859 i 1246) lub dodatku dopełniającego, o którym mowa w art. 6a.”. Proponowana zmiana, tj. dodanie wyrażenia „lub dodatku dopełniającego, o którym mowa w art. 6a” uwzględnia zmiany wprowadzone ustawą z dnia 27 września 2024 r. o zmianie ustawy o rencie socjalnej oraz niektórych innych ustaw, w zakresie dotyczącym orzekania dla celów dodatku dopełniającego. | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt ustawy został zmieniony (zmiana o charakterze redakcyjnym). |
|  | Dodatkowe propozycje przepisów | ZUS | Do art. 21 projektu ustawy.  Wskazujemy na konieczność dodania w projektowanym art. 127 § 1a przesłanki przeniesienia w stan spoczynku „z powodu choroby lub utraty sił” oraz wykreślenie wyrazów „co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości”. Orzeczenia w sprawach trwałej niezdolności do pełnienia obowiązków prokuratora z powodu choroby lub utraty sił, będą wydawane na ogólnych zasadach określonych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych. Zatem omawiany przepis art. 127 § 1a powinien uwzględniać tryb wydawania orzeczeń przewidziany w tej ustawie | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt ustawy został zmieniony (zmiana o charakterze redakcyjnym). |
|  | Dodatkowe propozycje przepisów | ZUS | Do art. 26 pkt 1 projektu ustawy.  Proponujemy uzupełnienie treści projektowanego przepisu o art. 13 projektu, tj. o zmiany wprowadzane w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, które będą wymagały zmian w systemach informatycznych. Zatem, spójnie do całości regulacji wymagających takich zmian, zasadnym jest zastosowanie projektowanego przepisu art. 26 | **Uwaga nieuwzględniona.**  Z projektu został wykreślony art. 26 dotyczący zwolnienia z PZP. |
|  | Dodatkowe propozycje przepisów | ZUS | Do art. 27 projektu ustawy:  1) do ust. 1: Proponujemy dodanie art. 85e ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Z uwagi na zmiany w trybie wydawania orzeczeń, przewidziane w przepisach projektu ustawy, zasadnym jest, aby nowe przepisy miały zastosowanie również w sprawach, w których jest prowadzone postępowanie w trybie zwierzchniego nadzoru i nie zostanie ono zakończone przed dniem wejścia w życie ustawy. W szczególności dotyczy to sytuacji, w których zaistnieje potrzeba przekazania sprawy do ponownego rozpoznania przez lekarza orzecznika w wyniku uchylenia orzeczenia w ramach kontroli, o której mowa w art. 85f ust. 3 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych; 2) do ust. 2: W aktualnym brzmieniu przepis, poprzez wskazanie, że „Do orzeczeń lekarzy orzeczników (…), w których przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zostało wydane orzeczenie komisji lekarskiej”, jest niezrozumiały, ponadto zawiera błędne odesłanie do art. 4778 § 21 ustawy – Kodeks postępowania cywilnego. Proponujemy następujące brzmienie przepisu: „2. Przepisy art. 4779 § 21 albo 47714 § 4 ustawy zmienianej w art. 3, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, odnoszące się do orzeczeń lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wydanych w wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy, stosuje się odpowiednio do orzeczeń komisji lekarskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wydanych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.”. | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt został zmieniony. |
|  | Dodatkowe propozycje przepisów | ZUS | Do art. 31 projektu ustawy.  W celu wdrożenia projektowanych regulacji, konieczne jest dostosowanie systemów informatycznych wspomagających obsługę świadczeń w zakresie wydawania orzeczeń lekarzy orzeczników oraz wspomagających obsługę w zakresie ustalania prawa do zasiłków. Tym samym minimalny okres na przygotowanie przez Zakład systemów informatycznych nie może być krótszy niż 6 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy. Z uwagi na powyższe proponujemy nadanie art. 31 projektu ustawy brzmienia: „Art. 31. Ustawa wchodzi w życie pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem: 1) art. 1 pkt 2, art. 2, art. 13 pkt 4, pkt 5 lit. a-b, d-g i pkt 6 oraz art. 26, które wchodzą w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia; 2) art. 1 pkt 7 w zakresie dodawanego art. 85b, który wchodzi w życie pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia; 3) art. 12 pkt 1, który wchodzi w życie z dniem 29 grudnia 2024 r.”. Jednocześnie zaznaczamy, że określenie terminu wejścia w życie zmian przewidzianych w art. 13 projektu ustawy, w zakresie dodanego ust. 1d do art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, wymaga dookreślenia i wyjaśnienia kwestii wskazanych wyżej w uwagach do tego przepisu. Po ustaleniu ostatecznego brzmienia tego przepisu możliwe będzie określenie zakresu zmian w systemach informatycznych lub braku potrzeby tych zmian, co determinuje określenie daty wejścia w życie tego przepisu. | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt został zmieniony przy uwzględnieniu czasokresu niezbędnego na przygotowanie infrastruktury po stronie adresatów norm. |
|  | Dodatkowe propozycje przepisów | ZUS | Do Oceny Skutków Regulacji.  Dla zachowania przejrzystości finansów publicznych zasadne jest uzupełnienie OSR w sekcji 6. Wpływ na sektor finansów publicznych o informację, że wdrożenie projektowanej ustawy będzie pociągać za sobą poniesienie przez Zakład wydatków na dostosowanie systemów IT związanych m.in. z elektronizacją procesu orzekania, automatyzacją połączeń telefonicznych do ubezpieczonych poprzez zastosowanie technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych (tzw. voicebotów), etc. W przypadku wskazania tych kosztów należy wykreślić zdanie zamieszczone w sekcji 6. OSR, w podkategorii Źródła finansowania (Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń), o treści „Projektowane zmiany nie będą generowały skutków finansowych” | **Uwaga nieuwzględniona.**  OSR nie wymaga uzupełnienia. Wprowadzane zmiany nie powodują wzrostu wydatków z budżetu państwa. Koszty wdrożenia zmian informatycznych ponosi ZUS. Analogicznie jak przy innych projektach - zostaną one sfinansowane w ramach planu finansowego ZUS. |
|  | Uwagi dodatkowe – poza zakresem ustawy | ZUS | Dodatkowo Zakład proponuje uwzględnienie w projekcie ustawy następujących propozycji:  1) nowelizacji art. 57 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez nadanie nowego brzmienia: „Art. 57. W planie finansowym Funduszu Ubezpieczeń Społecznych określa się corocznie kwotę wydatków na prewencję rentową w wysokości do 0,4% wydatków na świadczenia z ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego i wypadkowego, przewidzianych w planie finansowym FUS na dany rok budżetowy.”. Źródło finansowania wydatków na prewencję rentową określa art. 54 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Wydatki te finansowane są z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Proponowany zapis ma jedynie na celu przesunięcie określania powyższych kwot z normatywnej treści ustawy budżetowej do planu finansowego FUS będącego załącznikiem do ustawy budżetowej i nie spowoduje w praktyce zmiany w obowiązujących zasadach ustalania kwoty wydatków na prewencję rentową. Należy bowiem podkreślić, że załączniki do ustawy budżetowej stanowią jej integralną część (art. 109 ust. 2 pkt 2 ustawy o finansach publicznych) i mają taką samą moc obowiązującą jak ustawa budżetowa. Usunięcie z treści normatywnej ustawy budżetowej kwoty przeznaczonej na prewencję rentową w danym roku budżetowym i przeniesienie jej do planu finansowego FUS, będącego jak wskazano wyżej załącznikiem do tej ustawy, umożliwi w ocenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych bardziej elastyczne i efektywne zarządzanie nie tylko budżetem prewencji rentowej, ale także samym budżetem FUS. Ponadto warto zaznaczyć, że proponowana zmiana ujednolici regulacje ustawowe w zakresie prewencji rentowej oraz prewencji wypadkowej. Aktualnie obowiązujące przepisy dotyczące finansowania prewencji wypadkowej wskazują bowiem, że kwota wydatków na prewencję wypadkową określana jest corocznie właśnie w planie finansowym Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Proponowana zmiana pozwoli na optymalizację i racjonalizację wydatków publicznych ponoszonych na prewencję rentową, w szczególności rehabilitację leczniczą. Planowanie zapotrzebowania na środki finansowe na to zadanie jest uzależnione od wielu czynników, których nie można przewidzieć na etapie planowania budżetu na następne lata. Dwuletni okres epidemii SARS-CoV2 i związane z tym obostrzenia miały istotny wpływ na wykonanie planu finansowego w zakresie rehabilitacji leczniczej. Mając możliwość przesuwania środków Zakład będzie miał możliwość szybszego reagowania, np. w sytuacji oszczędności generowanych w związku z wstrzymaniem realizacji usług rehabilitacyjnych albo zwiększoną liczą osób, które na rehabilitację nie dojechały. Także dynamiczna sytuacja makroekonomiczna (rosnąca inflacja) i konieczność planowania budżetu z kilkumiesięcznym wyprzedzeniem utrudnia optymalne planowanie środków finansowych przeznaczonych na kontraktowanie usług rehabilitacji leczniczej. Określona na sztywno w treści normatywnej ustawy budżetowej kwota, w przypadku zaistnienia czynników zewnętrznych wpływających znacząco na wykonanie planu, utrudnia elastyczne zarządzanie tymi środkami. Proponowana zmiana z jednej strony ujednolici regulacje ustawowe w zakresie określania kwot wydatków dotyczących obu prewencji (wypadkowej i rentowej), zaś z drugiej strony umożliwi bardziej efektywne gospodarowanie tymi środkami; | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiana poza zakresem ustawy. |
|  | Uwagi dodatkowe – poza zakresem ustawy | ZUS | 2) dodania w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych po art. 83f nowego art. 83g w brzmieniu: „Art. 83g. 1. Złożenie podpisu pod pismem, w szczególności pod podaniem, wnioskiem lub protokołem, utrwalonym w postaci elektronicznej, składanym lub sporządzanym w Zakładzie, za pomocą udostępnionego przez Zakład urządzenia umożliwiającego elektroniczne złożenie podpisu jest równoznaczne ze złożeniem podpisu własnoręcznego. 2 Urządzenie, o którym mowa w ust. 1, umożliwia odwzorowanie podpisu własnoręcznego i integrację danych stanowiących to odwzorowanie z utrwalonym w postaci elektronicznej pismem.”. Zaproponowany przepis wprowadza możliwość posługiwania się przez Zakład dodatkowym narzędziem w postaci urządzenia umożliwiającego elektroniczne złożenie podpisu, w szczególności pod podaniem, wnioskiem lub protokołem. Powyższe wpisuje się w postępujący proces elektronizacji Zakładu. Wprowadzenie nowego narzędzia niewątpliwie ułatwi Zakładowi prowadzenie postępowań związanych m.in. z przyjmowaniem i obsługą wniosków o świadczenia, a tym samym posługiwanie się nim może przyspieszyć czas wymagany na załatwienie tych wniosków; | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiana poza zakresem ustawy. |
|  | Uwagi dodatkowe – poza zakresem ustawy | ZUS | 3) nadania art. 47 ust. 3b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nowego brzmienia: „3b. Orzeczenie w sprawie choroby, o której mowa w ust. 3 pkt 4, jest wydawane na zasadach i w trybie określonym w przepisach ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, 863, 1243 i 1615).”. Potrzeba aktualizacji wymienionego przepisu wynika ze zmian wprowadzanych niniejszym projektem ustawy, tj. ma ona charakter dostosowujący i uwzględnia zmiany w organizacji orzecznictwa w Zakładzie. We wskazanym przepisie dodano odesłanie do ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w zakresie odnoszącym się do zasad i trybu wydawania orzeczeń w przedmiocie choroby przewlekłej (w miejsce aktualnego odesłania do ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych). | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt ustawy został zmieniony (zmiana o charakterze redakcyjnym). |
|  | Uwagi dodatkowe – poza zakresem ustawy | ZUS | 4) nadania art. 107 ust. 5b pkt 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej nowego brzmienia: „5) orzeczenia komisji do spraw inwalidztwa i zatrudnienia wydanego przed dniem 1 września 1997 r., orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczenia komisji lekarskiej, orzeczenia specjalisty wykonującego samodzielny zawód medyczny o niezdolności do samodzielnej egzystencji;”. Potrzeba aktualizacji wymienionego przepisu wynika ze zmian wprowadzanych niniejszym projektem ustawy, tj. ma ona charakter dostosowujący i uwzględnia zmiany w organizacji orzecznictwa w Zakładzie, tj. w przypadkach przewidzianych w ustawie orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji mogą być wydawane przez specjalistów wykonujących samodzielne zawody medyczne; | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt ustawy został zmieniony (zmiana o charakterze redakcyjnym). |
|  | Uwagi dodatkowe – poza zakresem ustawy | ZUS | 5) nadania art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 11 listopada 2016 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych nowego brzmienia: „5. W przypadku braku dokumentu, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, o niezdolności do pracy, dacie jej powstania oraz związku tej niezdolności ze stanem narządu wzroku orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na zasadach i w trybie określonym w przepisach ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, 863, 1243 i 1615).” | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt ustawy został zmieniony (zmiana o charakterze redakcyjnym). |
|  | Uwagi dodatkowe – poza zakresem ustawy | ZUS | przekazujemy ponadto propozycję przepisów dotyczących systemowej wymiany danych, w celu rozważenia włączenia ich do bieżących prac legislacyjnych nad projektem ustawy. Przepisy te dotyczą wprawdzie ustaw spoza właściwości Zakładu, ale bez tych przepisów Zakład nie będzie mógł realizować projektów w zakresie pozyskiwania danych z innych instytucji:  • **Zmiany do ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników**  „Art. 37. 1. Kasa udostępnia nieodpłatnie Zakładowi dane dotyczące: 1) okresu podlegania ubezpieczeniu, statusu ubezpieczonego, rodzaju ubezpieczenia, podlegania ubezpieczeniu z mocy ustawy lub na wniosek oraz okresu opłacania składek na ubezpieczenie; 2) rodzaju, wysokości, daty ustalenia i wpłaty świadczeń z ubezpieczenia oraz dodatków przysługujących do tych świadczeń, okresów uwzględnionych do ustalenia prawa i wysokości świadczeń, okresu na jaki ustalone zostało świadczenie, daty zawieszenia prawa do świadczenia lub daty wstrzymania wypłaty świadczenia; 3) rodzaju, wysokości, daty ustalenia i wypłaty świadczeń wypłacanych przez Kasę na podstawie odrębnych przepisów – w celu realizacji przez Zakład zadań ustawowych. 2. Udostępnienie danych, o których mowa w ust. 1, odbywa się bez konieczności składania przez Zakład wniosku, w drodze wymiany danych między systemem teleinformatycznym wykorzystywanym przez Zakład a systemem teleinformatycznym wykorzystywanym przez Kasę. 3. W przypadku braku możliwości udostępnienia danych w trybie określonym w ust. 2, Kasa udostępnia dane na podstawie wniosku. 4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3 zawiera: 1) imię (imiona), nazwisko i numer PESEL osoby, której wniosek dotyczy, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – imię (imiona), nazwisko, rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; 2) zakres danych; 3) rodzaj zadania publicznego uzasadniającego pozyskanie danych. 5. W przypadku potrzeby pozyskania przez Zakład, w celu realizacji zadań ustawowych, danych innych, niż wymienione w ust. 1, Kasa udostępnia te dane na podstawie wniosku, o którym mowa w ust. 3. 6. Warunki techniczne i organizacyjne wymiany danych, o której mowa w ust. 2, uzgadnia Kasa i Zakład w formie porozumienia.”.  • **Zmiany do ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych:** Wprowadzenie do ustawy przepisu w brzmieniu: „1. Zakład udostępnia nieodpłatnie Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w postaci elektronicznej, informacje obejmujące: 1) dane identyfikacyjne ubezpieczonego lub świadczeniobiorcy: a) imię i nazwisko, b) datę urodzenia, c) numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu tożsamości, d) obywatelstwo, e) adres zameldowania, adres zamieszkania lub adres do korespondencji; 2) okres podlegania ubezpieczeniom społecznym; 3) okres podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu; 4) rodzaje ubezpieczeń społecznych wraz z określeniem, czy dobrowolne, czy obowiązkowe, 5) wymiar czasu pracy; 6) okres korzystania z urlopu bezpłatnego; 7) okres ubezpieczenia / wykonywania pracy w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Szwajcarii i Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej a także państwa, z którym Polska ma zawartą dwustronną umowę o zabezpieczeniu społecznym; 8) tytuł ubezpieczeń społecznych; 9) tytuł ubezpieczenia zdrowotnego; 10)informację o podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w danym miesiącu z tytułu umowy agencyjnej, umowy zlecenie lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia oraz pełnienia funkcji w radzie nadzorczej; 11)dane dotyczące rodzaju, wysokości, daty ustalenia i wypłaty świadczeń z ubezpieczenia, dodatków do świadczeń, okresów uwzględnionych do prawa i wysokości świadczeń, okresu na jaki ustalone zostało prawo do świadczenia, daty zawieszenia prawa do świadczenia lub daty wstrzymania wypłaty świadczenia; 12)dane dotyczące rodzaju, wysokości, daty ustalenia i wypłaty świadczeń wypłacanych na podstawie odrębnych przepisów; 13)datę wydania decyzji przyznającej emeryturę, rentę lub inne świadczenie; 14)okres finansowania składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na podstawie art. 16 ust. 8 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; 15)dane identyfikacyjne dziecka w związku z opieką nad którym jest opłacana ze środków budżetu państwa za pośrednictwem Zakładu składka, o której mowa w art. 16 ust. 8 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych: a) imię i nazwisko, b) datę urodzenia, c) numer PESEL, w razie gdy jest nadany, – w celu realizacji przez Kasę zadań ustawowych; 2. Udostępnianie informacji, o których mowa w ust. 1 odbywa się bez konieczności składania wniosku, w drodze wymiany danych miedzy systemem teleinformatycznym wykorzystywanym przez Zakład a systemem teleinformatycznym wykorzystywanym przez Kasę; 3. W przypadku braku możliwości udostępniania danych w trybie określonym w ust. 2, Zakład udostępnia dane na podstawie wniosku, o którym mowa w art. 50 ust. 7. 4. W przypadku potrzeby pozyskania przez Kasę, w celu realizacji zadań ustawowych, innych informacji, niż wymienione w ust. 1, Kasa występuje z wnioskiem, o którym mowa w art. 50 ust. 7. 5. Warunki techniczne i organizacyjne wymiany danych, o których mowa w ust. 2 uzgadnia Zakład i Kasa w formie porozumienia.”.  • **Zmiany do ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce**  Dodanie po art. 345 nowego art. 345a w brzmieniu: „Art. 345a. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „ZUS”, jest uprawniony do nieodpłatnego pozyskiwania z Systemu POL-on danych, o których mowa w art. 344 ust. 1 pkt 1, 2, pkt 4 lit. b, pkt 8–11 i 13 oraz art. 345 ust. 1 pkt 1, 2, pkt 7 lit. b, pkt 10, 11, 13 i 14, w celu realizacji zadań ustawowych, o których mowa w art. 68 ust. 1 oraz art. 71 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497 i 863). 2. Pozyskiwanie przez ZUS danych z Systemu POL-on odbywa się w drodze elektronicznej wymiany danych między systemem teleinformatycznym wykorzystywanym przez ZUS a Systemem POL-on. 3. W przypadku: 1) braku możliwości pozyskania danych w trybie określonym w ust. 2, 2) konieczności pozyskania innych danych niż wymienione w ust. 1 – ZUS pozyskuje te dane na podstawie wniosku o udostępnienie danych skierowanego do ministra. 4. Wniosek o udostępnienie danych, o którym mowa w ust. 3, zawiera: 1) imię (imiona), nazwisko i numer PESEL osoby, której wniosek dotyczy, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – imię (imiona), nazwisko, datę urodzenia oraz – jeżeli osoba nie jest obywatelem polskim – kraj pochodzenia; 2) zakres danych; 3) wskazanie zadania, które będzie realizowane przez ZUS z wykorzystaniem udostępnionych danych. 5. Warunki techniczne i organizacyjne wymiany danych, o której mowa w ust. 2, uzgadnia minister i ZUS.”.  • **Zmiany do ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych**  - w art. 117 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:  „1a. Dokumenty potwierdzające okresy nieskładkowe, o których mowa w art. 7 pkt 9 i 9a, nie są wymagane, jeżeli okresy te są możliwe do ustalenia przez organ rentowy na podstawie danych pozyskanych ze Zintegrowanego Systemu Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce POL-on.”; - w art. 122 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „1. Organy administracji rządowej i samorządowej, pracodawcy, szkoły i uczelnie są obowiązane do udzielania organom rentowym pomocy i informacji, w sprawach świadczeń przewidzianych w ustawie.”; - w art. 122 po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu: „1a. Organ rentowy jest uprawniony do pozyskiwania i przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do przyznania oraz weryfikacji prawa do świadczeń i wypłacania tych świadczeń. 1b. Informacje, o których mowa w ust. 1 oraz dane osobowe, o których mowa w ust. 1a, są udzielane w formie pisemnej lub dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 307).”.  • **Zmiany do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej**  - w art. 66 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „1. Szkoły i placówki oświatowe, inne jednostki wykonujące zadania z zakresu oświaty, organy administracji rządowej, ogólnopolskie organizacje jednostek samorządu terytorialnego, których przedstawiciele wchodzą w skład Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, regionalne izby obrachunkowe, Główny Urząd Statystyczny i Zakład Ubezpieczeń Społecznych mogą pozyskiwać, w zakresie wykonywanych zadań, raporty z bazy danych SIO nieodpłatnie.”; - art. 66b otrzymuje brzmienie: „Art. 66b. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest uprawniony do nieodpłatnego pozyskiwania z baz danych SIO danych, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1–3, 8 i 10, art. 11, art. 12 pkt 1–5, art. 13 pkt 13, art. 14 pkt 2, 5a–5c, 10, 11, 13, 19–23, 31 i 32, art. 15 pkt 2, 6–9 i 12, art. 16 pkt 4, art. 17 pkt 2, art. 19a pkt 2, 2b i 2d, w celu realizacji zadań ustawowych, o których mowa w art. 68 ust. 1 oraz art. 71 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497 i 863). 2. Pozyskiwanie danych, o których mowa w ust. 1, odbywa się w drodze wymiany danych między systemem teleinformatycznym wykorzystywanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych a systemem teleinformatycznym obsługującym bazy danych SIO. 3. W przypadku awarii systemów teleinformatycznych służących do pozyskiwania danych drogą elektroniczną zgodnie z ust. 2, Zakład Ubezpieczeń Społecznych pozyskuje dane na podstawie wniosku. Przepis art. 64a ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio. 4. Warunki techniczne i organizacyjne wymiany danych, o której mowa w ust. 2, uzgadnia minister właściwy do spraw oświaty i wychowania oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych.” | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zmiana poza zakresem ustawy. |
| 82. | Art. 1 pkt 7 w zakresie dodawanego art. 85g ust. 1 pkt 1 ustawy sus | Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia | PPOZ pozytywnie ocenia ograniczenie prawa ZUS do uzyskania dokumentacji medycznej w formie papierowej do jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, z wyłączeniem możliwości pozyskania oryginału. PPOZ krytycznie jednak odnosi się do wymogu, by ten wyciąg, odpis, kopia lub wydruk były poświadczone za zgodność z oryginałem. Taka forma udostępnienia dokumentacji medycznej nie jest bowiem przewidziana w art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, proponowane rozwiązanie godzi więc w spójność systemu prawa. Jednocześnie w sytuacji, w której dokumentacja medyczna jest przekazywana przez placówkę medyczną drogą pocztową bezpośrednio do ZUS, nie ma powodów by wątpić w zgodność przesłanych dokumentów z ich oryginałami. W związku z powyższym poświadczanie dokumentów za zgodność z oryginałem jawi się jako niepotrzebne obciążenie biurokratyczne, z którego z powodzeniem można zrezygnować. | **Uwaga wyjaśniona.**  Spójnie z art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, we wskazanym art. 85g projektu ustawy, wskazano kilka sposobów udostępnienia dokumentacji medycznej (wyciąg, odpis, kopia lub wydruk – te same formy, które zostały zaproponowane w projekcie ustawy), co oznacza możliwość zastosowania każdorazowo najdogodniejszej formy komunikacji z ZUS, dostosowanej do rodzaju dokumentacji medycznej, możliwych sposobów jej udostępnienia oraz preferencji podmiotu udostępniającego.  Regulacje przewidziane we wskazanym przepisie są spójne z regułami udostępniania dokumentacji medycznej określonymi w obowiązujących przepisach prawa, tj. zgodnie z § 70 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798) – dokumentację udostępnia się z zachowaniem jej integralności, poufności oraz autentyczności; w przypadku gdy dokumentacja medyczna jest udostępniana w formie wydruku, osoba upoważniona przez podmiot, zobowiązana jest potwierdzić zgodność wydruku z dokumentacją i opatrzeć swoim oznaczeniem, zawierającym imię (imiona), nazwisko, stanowisko i podpis.  Proponowane rozwiązanie to zapewnia w szczególności udostępnienie dokumentacji medycznej z zachowaniem jej integralności oraz autentyczności. Należy zaznaczyć, że gromadzona w  postępowaniu prowadzonym w ZUS dokumentacja medyczna stanowi część akt sprawy i w przypadku odwołania od decyzji ZUS wydanej na podstawie orzeczenia lekarskiego, tak jak pozostała dokumentacja, np. wytworzona przez lekarzy orzekających w ZUS, jest wykorzystywana w postępowaniu prowadzonym przed sądem. Zatem w celu uniknięcia możliwych wątpliwości co do autentyczności i integralności dokumentacji medycznej pozyskanej od podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, zasadnym jest aby przy udostępnianiu wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku – zostały one potwierdzone za zgodność. |