

Warszawa, 12 marca 2025 r.

Departament Legislacyjno-Prawny

991100.0230.114.2024

Stanowisko Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i niektórych innych ustaw

Po analizie przedłożonego do opinii projektu ustawy przedstawiamy uwagi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z punktu widzenia wykonawcy przepisów.

1. Do art. 1 projektu ustawy:

1) do pkt 7

Podtrzymujemy w całości uwagę w zakresie braku przesłanek do rozszerzenia katalogu określonego w art. 83 ust. 1 *ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych* o decyzje w sprawach dotyczących skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej.

W ocenie Zakładu wydawanie decyzji administracyjnych nie tylko w przedmiocie odmowy, ale również samego skierowania na rehabilitację leczniczą, wpłynie negatywnie na dalsze funkcjonowanie programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

Niewątpliwie wydłużeniu ulegnie procedura kierowania na rehabilitację w formie wydawania decyzji jako sformalizowanej postaci pisma kierowanego do osoby zainteresowanej. W ocenie projektodawcy decyzja winna zawierać uzasadnienie faktyczne i prawne (w przypadku, gdy nie będzie w pełni zgodne z żądaniem osoby wnioskującej), a także informacje o czasie, miejscu i programie rehabilitacji. Powstaje zatem wątpliwość, czy Zakład będzie zobowiązany uzasadniać swoją decyzję również w zakresie przydzielonego miejsca bądź terminu rehabilitacji.

Należy ponadto zwrócić uwagę na możliwość złożenia odwołania od decyzji o skierowaniu bądź odmowie skierowania na rehabilitację leczniczą. O ile w drugim przypadku odwołanie od stanowiska lekarza orzecznika można byłoby uznać za zasadne, o tyle odwołanie od pozytywnego rozstrzygnięcia w zakresie skierowania na rehabilitację, np. odnośnie przydzielonego przez Zakład miejsca lub terminu tej rehabilitacji, nie znajduje uzasadnienia. Sąd rozpatrujący odwołanie w tym przedmiocie nie miałby bowiem merytorycznych podstaw do zmiany tego zakresu decyzji (jakimi kryteriami miałby się kierować uznając, że dana osoba powinna być skierowana na rehabilitację w inne miejsce lub też w innym terminie).

Kolejną istotną kwestią jest czasokres rozpatrywania ewentualnych odwołań przez sądy. Zakład kieruje na rehabilitację leczniczą z odpowiednim wyprzedzeniem, które niekiedy wynosi jednak około miesiąca. Nawet przyjmując, że decyzja o skierowaniu na rehabilitację

lecniczą byłaby przesyłana do osoby zainteresowanej z przykładowo trzymiesięcznym wyprzedzeniem, to okres przeznaczony na złożenie odwołania, ustosunkowanie się przez Zakład do treści odwołania oraz rozpatrzenie sprawy przez sąd zniweczy możliwość szybkiego skorzystania przez tę osobę z rehabilitacji.

Podkreślamy, że celem rehabilitacji leczniczej jest sprawne skierowanie danej osoby do ośrodka rehabilitacyjnego, aby jak najszybciej mogła ona skorzystać z zabiegów, a tym samym wrócić na rynek pracy. Tymczasem cała procedura kierowania na rehabilitację leczniczą zostanie przekonstruowana do sformalizowanej procedury wydawania decyzji administracyjnych z możliwością złożenia odwołania od takich kwestii jak miejsce czy termin rehabilitacji. Warto podkreślić, że Zakład nie w każdym przypadku będzie mógł uwzględnić życzenia osoby wnioskującej o rehabilitację co do miejsca położenia ośrodka rehabilitacyjnego czy terminu rehabilitacji. Prowadzenie rehabilitacji — jest jednym z ustawowych zadań Zakładu, a tym samym może mieć ono charakter częściowo władczy, poprzez przyznanie Zakładowi określonych kompetencji, np. w zakresie przydzielania miejsca rehabilitacji, zgodnie z kolejnością zwalniania się miejsc.

W tym miejscu należy wskazać, że wymagania stawiane ośrodkom rehabilitacyjnym są tożsame dla umów w danym profilu schorzeń, organizacja programu rehabilitacji oraz proces leczenia poszczególnych schorzeń jest zgodny z aktualną wiedzą medyczną. Nie ma znaczenia terapeutycznego, czy program rehabilitacji jest realizowany w trybie ambulatoryjnym lub stacjonarnym. Także lokalizacja ośrodka rehabilitacyjnego, albo termin w jakim odbywa się turnus rehabilitacyjny, nie stanowią o efektywności programu. Należy rozważyć, czy ze względów merytorycznych zasadne jest umożliwienie osobom skierowanym na rehabilitację odwołania od miejsca lub terminu rehabilitacji. Przyjęcie modelu, w którym skierowanie na rehabilitację leczniczą będzie obwarowane wydaniem decyzji administracyjnej z możliwością odwołania do sądu, spowoduje zmaterializowanie się ryzyka potraktowania rehabilitacji w ramach prewencji rentowej Zakładu (finansowanej ze środków publicznych), jak bezpłatnych wyjazdów rekreacyjnych do interesującej lokalizacji i w atrakcyjnym np. wakacyjnym terminie w roku. Powyższe będzie stało w sprzeczności z ustawowym celem tej rehabilitacji.

Podsumowując, rehabilitacja lecznicza jest elementem procesu leczenia jako kompleksowe postępowanie, którego celem jest przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, m.in. w kontekście utrzymania zdolności do pracy. Rehabilitacja lecznicza funkcjonuje także jako świadczenie zdrowotne wśród usług finansowanych przez NFZ, czy to w formie rehabilitacji ambulatoryjnej, czy z pobytem w placówce medycznej lub rehabilitacji uzdrowiskowej. W żadnym z tych przypadków korzystanie z tej formy świadczenia zdrowotnego służącego usprawnianiu (poprawie stanu zdrowia) nie wiąże się z wydaniem decyzji administracyjnej. To każdorazowo lekarz stwierdza w skierowaniu zasadność jej zlecenia, a pacjent dostosowuje się do wyznaczonego terminu i miejsca prowadzenia rehabilitacji. Z uwagi na przedmiotowe podejście do procesu rehabilitacji, w ocenie Zakładu nie jest zasadnym normatywne uregulowanie w formie decyzji administracyjnej skierowania na rehabilitację leczniczą.

Przedstawioną przez Zakład argumentację w powyższym zakresie poparło w całości Ministerstwo Sprawiedliwości, wskazując chociażby, że:

- „...rozszerzenie katalogu rozstrzygnięć wydawanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, od których przysługuje odwołanie zwiększa obciążenia sądów. Mając na uwadze, że w przedmiotowym przypadku rozstrzygnięcia dotyczą decyzji o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, to sprawy tego rodzaju powinny być rozpoznawane szybko i bez opóźnień.”;

- „...uzyskanie korzystanego orzeczenia w sprawie odwołania od decyzji o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej po roku czy dwóch w zasadzie przekreśla cel projektowanej regulacji. (...) nawet w przypadku korzystanego rozstrzygnięcia sprawy, ubezpieczony nie otrzymuje ochrony sądowej z uwagi na zdezaktualizowanie się przesłanek skierowania na prewencję rentową ZUS. (...) Skutkiem tego, po roku czy dwóch, rehabilitacja może okazać się niepotrzebna albo możliwa.”.

Warto zwrócić uwagę, że nie uwzględniając stanowiska Zakładu w przedstawionej kwestii projektodawca powołał się głównie na błędy w treści skierowań na rehabilitację, polegające na niedostosowaniu programu rehabilitacji leczniczej do rodzaju urazu lub schorzenia. Takie sytuacje oczywiście mogły mieć miejsce, jednak były to przypadki jednostkowe i nie powinny, w ocenie Zakładu, skutkować wprowadzeniem tak istotnych zmian legislacyjnych oraz w konsekwencji funkcjonalnych dla całego systemu na poziomie ustawy.

Należy również nadmienić, że o skierowaniu danej osoby na rehabilitację w konkretnym profilu (np. narząd ruchu, narząd głosu, psychosomatyka) decyduje lekarz orzecznik, w oparciu o dokumentację medyczną. Z kolei przydzielenie miejsca i terminu rehabilitacji jest zadaniem innej komórki organizacyjnej Zakładu. Tym samym wydanie decyzji administracyjnej w przedmiocie skierowania na rehabilitację leczniczą będzie de facto czynnością podejmowaną przez kilka komórek w ramach Zakładu, co dodatkowo może wydłużyć postępowanie w powyższym zakresie.

Z uwagi na powyższe podtrzymujemy również uwagi dotyczące nowelizacji przepisów Kodeksu postępowania cywilnego.

Ponadto, w zakresie dodawanego art. 85i, proponujemy doprecyzowanie brzmienia przepisu w następujący sposób:

„Art. 85i. 1. W postępowaniach prowadzonych przez Zakład, dotyczących realizacji zadań, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 5:

- 1) podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych na wniosek Zakładu są zobowiązane do nieodpłatnego udostępniania dokumentacji medycznej dotyczącej osoby, wobec której prowadzone jest postępowanie:*
 - a) w postaci papierowej – przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku – poświadczonych za zgodność,*
 - b) w postaci elektronicznej – 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, z 2024 r. poz. 1897), danych o zdarzeniach medycznych przetwarzanych w systemie informacji, jednostkowych danych medycznych oraz elektronicznej dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 2 pkt 6, 7 i 18 tej ustawy, dotyczących osoby, wobec której prowadzone jest postępowanie.*
- 1. 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.*

Pozyskanie danych i dokumentacji wskazanych w ust. 1 pkt 2, w postępowaniach dotyczących realizacji zadań, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 5, nie wymaga zgody, w rozumieniu art. 35 ust. 1a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w

ochronie zdrowia, wyrażonej przez osobę, wobec której prowadzone jest postępowanie przez Zakład.”.

W związku z powyższą zmianą, w art. 7 w ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465, z 2024 r. poz. 1897) po pkt 1c proponujemy dodanie pkt 1d w brzmieniu:

„Art. 7. 1. Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych jest systemem teleinformatycznym, który umożliwia w szczególności: (...)

1d) dostęp Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do danych o zdarzeniach medycznych przetwarzanych w systemie informacji, jednostkowych danych medycznych oraz elektronicznej dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 2 pkt 6, 7 i 18, dotyczących osoby, wobec której prowadzone jest postępowanie związane z realizacją zadań, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 497, 863, 1243 i 1615).”.

Proponujemy pozostawienie regulacji, które zostały zamieszczone w pierwotnym projekcie ustawy (tj. projekt z 22 października 2024 r.), zgodnie z którymi uzupełnienie dokumentacji medycznej niezbędnej do wydania orzeczenia może zostać zrealizowane również przez systemowy dostęp Zakładu do danych o zdarzeniach medycznych, do elektronicznej dokumentacji medycznej oraz do jednostkowych danych medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Taki sposób dostępu do danych i informacji ma na celu zwiększenie efektywności procesu pozyskiwania w postępowaniu orzeczniczym dokumentacji medycznej oraz ułatwienie w przekazywaniu tej dokumentacji przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych do Zakładu. Rozwiązanie to wpisuje się w kierunki dalszej elektronizacji procesu orzekania, w tym zwiększania wykorzystania narzędzi informatycznych we współpracy z podmiotami uczestniczącymi w postępowaniach związanych z wydawaniem orzeczeń.

W myśl proponowanego przepisu Zakład 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. Przepis ten daje podstawę dla ZUS, aby w ramach realizacji zadań możliwe było także pozyskanie bezpośrednio od właściwego podmiotu leczniczego elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem systemu informacji w ochronie zdrowia. Jednocześnie przyjęto odstępstwo od ogólnej zasady dotyczącej udzielania uprzedniej zgody przez osobę, której dotyczy dokumentacja medyczna lub jej przedstawiciela ustawowego na pozyskanie tej dokumentacji przez Zakład. Należy zaznaczyć, że Zakład pozyskuje dokumentację medyczną wyłącznie w ramach postępowania orzeczniczego prowadzonego na podstawie przepisów prawa i dla celów określonych w tych przepisach, w tym w celu ustalenia uprawnień do świadczenia, o które wnioskuje sam zainteresowany. Wyłączenie wymogu uzyskania zgody osoby, wobec której jest wydawane orzeczenie, na pozyskanie elektronicznej dokumentacji medycznej zwiększy efektywność procesu pozyskiwania tej dokumentacji (wyłączenie stosowania art. 35 ust. 1a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia).

Odnosząc się do uwagi UODO zgłoszonych do wymienionej regulacji (pkt 32 tabeli z zestawieniem uwag do projektu ustawy) stwierdzającej, że „proponowane rozwiązania, polegające na pozyskiwaniu przez ZUS danych osobowych gromadzonych i przetwarzanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w ustawowo określonych – pierwotnie

węższych – celach, oznaczając zmianę celów przetwarzania danych osobowych” należy zauważyć, że zgodnie z art. 6 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)¹, zwanego dalej RODO, jeżeli przetwarzanie w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane, nie odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, ani prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego stanowiących w demokratycznym społeczeństwie niezbędny i proporcjonalny środek służący zagwarantowaniu celów, o których mowa w art. 23 ust. 1, administrator – aby ustalić, czy przetwarzanie w innym celu jest zgodne z celem, w którym dane osobowe zostały pierwotnie zebrane – bierze pod uwagę między innymi:

- a) wszelkie związki między celami, w których zebrano dane osobowe, a celami zamierzonego dalszego przetwarzania;
- b) kontekst, w którym zebrano dane osobowe, w szczególności relację między osobami, których dane dotyczą, a administratorem;
- c) charakter danych osobowych, w szczególności czy przetwarzane są szczególne kategorie danych osobowych zgodnie z art. 9 lub dane osobowe dotyczące wyroków skazujących i czynów zabronionych zgodnie z art. 10;
- d) ewentualne konsekwencje zamierzonego dalszego przetwarzania dla osób, których dane dotyczą;
- e) istnienie odpowiednich zabezpieczeń, w tym ewentualnie szyfrowania lub pseudonimizacji.

W przypadku, w którym Zakład dysponuje podstawą prawną (projektowany przepis ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych²), art. 6 ust. 4 RODO nie ma zastosowania do przetwarzania danych osobowych o charakterze sensytywnym dla celów określonych w art. 68 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Przetwarzanie odbywałoby się bowiem na podstawie prawa państwa członkowskiego stanowiącego w demokratycznym społeczeństwie niezbędny i proporcjonalny środek służący zagwarantowaniu celów, o których mowa w art. 23 ust. 1, tj. innego ważnego celu leżącego w ogólnym interesie publicznym Unii lub państwa członkowskiego, w szczególności ważnemu interesowi gospodarczemu lub finansowemu Unii lub państwa członkowskiego, w tym (...) zabezpieczeniu społecznemu.

Zaznaczamy, że zgromadzenie odpowiedniej dokumentacji medycznej i dostęp do niej w trakcie postępowania orzeczniczego jest jednym z kluczowych elementów tego postępowania, mającym fundamentalne znaczenie dla prawidłowości ustaleń orzecznich. Do dokonania ustaleń orzecznich w przedmiocie np. niezdolności do pracy, potrzeby rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz innych okoliczności poddawanych ocenie dla celów ustalenia uprawnień do świadczenia, niezbędna jest kompleksowa analiza wszystkich dostępnych źródeł informacji o stanie zdrowia i funkcjonowaniu osoby orzekanej. Zatem, zarówno dla zapewnienia odpowiedniej jakości wydawanych orzeczeń, jak i sprawności postępowania prowadzonego w tym zakresie, konieczne jest zagwarantowanie skutecznych i efektywnych sposobów pozyskiwania dokumentacji medycznej na potrzeby prowadzonego postępowania orzeczniczego.

Istotne jest, że zakres informacji pozyskiwanych przez Zakład za pośrednictwem systemu informacji w ochronie zdrowia będzie określony ustawowo. Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem dodawanego art. 85i ust. 1 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych będą

¹ Dz.Urz.UE.L 2016 Nr 119, str. 1

² Dz.U. z 2024 r. poz. 497 z późn. zm.

to dane, o których mowa w art. 2 pkt 6, 7 i 18 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dokumentacja medyczna niedostępna w systemie informacji o ochronie zdrowia będzie udostępniana przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych tak jak dotychczas (w postaci papierowej albo elektronicznie) - w odpowiedzi na wniosek Zakładu. Należy też podkreślić, że projektowane rozwiązanie nie wiąże się z rozszerzeniem zakresu pozyskiwanych danych, w efekcie oznacza gwarancję ułatwionego dostępu do danych, które Zakład już aktualnie gromadzi w prowadzonych postępowaniach, dane te są zamieszczone w dokumentacji medycznej, tj. są to dane o stanie zdrowia, o udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, o prowadzonym leczeniu i rehabilitacji.

Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy z 22 października 2024 r., regulacje te uszczegóławiają i modyfikują we wskazanym wyżej zakresie ogólne zasady udostępniania dokumentacji medycznej Zakładowi w prowadzonych postępowaniach, określone aktualnie w art. 26 ust. 3 pkt 5, art. 27 i art. 28 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581) oraz w art. 77 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Aktualnie, zgodnie ze wskazanymi przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 77 ust. 5), ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (art. 59 ust. 3 pkt 3) podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz lekarze są zobowiązani do udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta w związku z prowadzonymi przez Zakład postępowaniami w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych, innych świadczeń należących do właściwości Zakładu albo w związku z kontrolą zaświadczeń lekarskich.

Należy zaznaczyć, że projektowane rozwiązania w żadnym zakresie nie wiążą się ze zmianą celów przetwarzania danych osobowych. Dostęp Zakładu do dokumentacji medycznej wynika z realizacji ustawowo określonych zadań związanych z orzekaniem dla celów świadczeń i kontrolą zaświadczeń lekarskich – w tym zakresie regulacje te pozostają niezmienione.

Pozyskanie dokumentacji medycznej w każdym przypadku jest powiązane z postępowaniem prowadzonym wobec konkretnej osoby, przykładowo z wniosku danej osoby o świadczenie (np. o rentę z tytułu niezdolności do pracy). Osoby ubiegające się o świadczenie są zobowiązane do przedłożenia w postępowaniu posiadanej dokumentacji medycznej. W praktyce, Zakład we własnym zakresie najczęściej pozyskuje taką dokumentację dla potrzeb prowadzonego postępowania związanego z wydaniem orzeczenia dla celów ustalenia uprawnień do świadczenia, ponieważ osoby zainteresowane takiej dokumentacji często nie posiadają i jej nie przedkładają, podają jedynie dane o placówkach, w których prowadzone było leczenie. Brak możliwości pozyskiwania przez Zakład dokumentacji medycznej w sposób określony w omawianych regulacjach będzie oznaczał przerzucenie tego obowiązku, tj. pozyskania dokumentacji często z wielu, odległych placówek medycznych, na osoby ubiegające się o świadczenie – osoby chore, z ograniczeniami w samodzielnym funkcjonowaniu z powodu stanu zdrowia. Wydłuży to również w znaczący sposób czas prowadzonego postępowania, a dodatkowo niewątpliwie będzie wiązać się z dużymi utrudnieniami dla osób ubiegających się o świadczenia. Nie bez znaczenia w tym zakresie będzie również obciążenie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych obowiązkiem udostępniania dokumentacji na wnioski osób zainteresowanych.

Zatem wprowadzenie projektowanych zmian ma uzasadnienie dla usprawnienia realizacji zadań ustawowych nałożonych na Zakład. Bardzo istotny jest również aspekt gwarancyjny, jakim jest tajemnica prawnie chroniona. Zgodnie z art. 79 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, indywidualne dane zawarte na kontach ubezpieczonych i kontach płatników składek, a także w rejestrach prowadzonych przez Zakład oraz dane źródłowe będące podstawą zapisów na tych kontach i w rejestrach stanowią tajemnicę prawnie chronioną Zakładu. Do przestrzegania tej tajemnicy obowiązani są pracownicy Zakładu oraz członkowie Rady

Nadzorczej Zakładu. Ponadto, zgodnie z proponowanym wyżej brzmieniem art. 85i ust. 1 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, Zakład będzie pozyskiwał dane wyłącznie w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 5 tej ustawy, który w nowym brzmieniu określa zadanie Zakładu jako „orzekanie 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 kontrola orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy”.

W zakresie dodawanego art. 85c oraz do art. 13 projektu ustawy w zakresie art. 59 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, proponujemy uzupełnienie regulacji odnoszącej się do możliwych sposobów przekazania zawiadomienia o terminie badania osobie, wobec której ma zostać wydane orzeczenie lub wobec której prowadzona jest kontrola zaświadczenia lekarskiego, poprzez dodanie nowego sposobu zawiadamiania, opartego na automatyzacji połączeń telefonicznych, tj. przy zastosowaniu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych (tzw. voicebotów)

- a. w odniesieniu do zmian wprowadzanych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 1 projektu ustawy, w zakresie dodawanego art. 85c)

Proponowane zmiany w powyższym zakresie dotyczą wprowadzenia kolejnego, nowego sposobu przekazywania osobom ubezpieczonym zawiadomień o terminie badania w sprawach dotyczących wydawania orzeczeń dla celów świadczeń z ubezpieczeń społecznych, innych świadczeń należących do właściwości Zakładu oraz kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy. Potrzeba zmiany przepisów w tym zakresie wynika z planów wdrażania i rozwoju w Zakładzie automatyzacji stosowanych w kontaktach z klientami oraz konieczności optymalizacji procesów i podnoszenia jakości usług świadczonych przez Zakład na rzecz obywateli i przedsiębiorców.

Proponujemy, aby do aktualnego katalogu możliwych do zastosowania sposobów przekazania zawiadomienia o terminie badania (listownie lub telefonicznie przez pracownika Zakładu), dodać nowy sposób oparty na automatyzacji połączeń telefonicznych, tj. przy zastosowaniu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych (tzw. voicebotów). Osoba, wobec której prowadzone jest postępowanie związane z wydaniem orzeczenia albo z kontrolą zaświadczenia lekarskiego, która będzie informowana o terminie badania za pośrednictwem voicebota, będzie miała zagwarantowaną możliwość wyrażenia zgody na przekazanie informacji w takiej formie oraz zapewnioną możliwość kontaktu z pracownikiem Zakładu, 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. Okres przechowywania nagrania będzie ściśle określony – zgodnie z obowiązkiem określenia czasu retencji danych.

Dodatkowo osoba, która otrzyma zawiadomienie o terminie badania za pośrednictwem voicebota, będzie miała zagwarantowaną możliwość skontaktowania się z pracownikiem Zakładu w celu ponownego uzyskania informacji lub zgłoszenia istotnych okoliczności w sprawie.

Wprowadzenie kolejnego, nowego sposobu przekazania zawiadomienia o terminie badania pozwoli na zastosowanie najdogodniejszej formy w danym przypadku, w zależności od okoliczności sprawy.

Z uwagi na powyższe proponujemy następujące brzmienie przepisu:

„Art. 85c. 1. Zakład w wyznaczonym terminie kieruje osobę, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie, na badania przeprowadzane przez lekarza orzecznika, osobę wykonującą samodzielny zawód medyczny, lekarza konsultanta, psychologa, na badania dodatkowe lub na obserwację szpitalną.

2. Zawiadomienia o terminie badania dokonuje się za potwierdzeniem odbioru, informując o skutkach niestawiennictwa lub uniemożliwienia przeprowadzenia badania.

3. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 2, Zakład doręcza:

- 1) w przypadku osoby zainteresowanej posiadającej jednocześnie profil informacyjny w systemie teleinformatycznym Zakładu oraz adres do doręczeń elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych - w sposób wskazany w art. 71ab ust. 1 i 1a, albo*
- 2) przez operatora pocztowego - w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. z 2023 r. poz. 1640 oraz z 2024 r. poz. 467, 1222 i 1717), albo*
- 3) przez swoich pracowników lub przez inne upoważnione osoby, albo*
- 4) z wykorzystaniem technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych.*

4. Zawiadomienie, o którym mowa w:

- 1) ust. 3 pkt 1, przekazuje się na piśmie w postaci elektronicznej;*
- 2) ust. 3 pkt 2, przekazuje się na piśmie w postaci papierowej;*
- 3) ust. 3 pkt 3 i 4, przekazuje się na piśmie w postaci papierowej, telefonicznie lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2024 r. poz. 1513), w tym na adres do doręczeń elektronicznych albo na profil informacyjny w systemie teleinformatycznym Zakładu.*

5. Zawiadomienie przekazane:

- 1) telefonicznie – ma skutek doręczenia, jeżeli rozmowa była rejestrowana, a osoba zainteresowana wyraziła zgodę na nagranie;*
- 2) za pomocą środków komunikacji elektronicznej – ma skutek doręczenia, jeżeli doręczający otrzymał potwierdzenie jego otrzymania przez osobę zainteresowaną;*
- 3) przy wykorzystaniu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych – ma skutek doręczenia, jeżeli:*
 - a) osoba zainteresowana została poinformowana, że prowadzi rozmowę przy wykorzystaniu tej technologii, i wyraziła zgodę na rozmowę,*
 - b) rozmowa była rejestrowana, a osoba zainteresowana wyraziła zgodę na nagranie,*
 - c) osoba zainteresowana została poinformowana o możliwości zakończenia połączenia i zażądania rozmowy z pracownikiem Zakładu.*

6. Jeżeli stan zdrowia stwierdzony w zaświadczeniu lekarskim uniemożliwia osobiste zgłoszenie się na badanie, może ono być przeprowadzone w miejscu pobytu osoby, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie, za jej zgodą.

7. W przypadku gdy niestawiennictwo osoby zainteresowanej lub uniemożliwienie przeprowadzenia badania lub obserwacji szpitalnej zostały spowodowane ważnymi

przyczynami lub zdarzeniami losowymi, zgłoszonymi przez tę osobę w ciągu 7 dni od dnia wyznaczonego terminu, Zakład:

- 1) wyznacza nowy termin badania lub obserwacji szpitalnej – w przypadku gdy niestawiennictwo lub uniemożliwienie przeprowadzenia badania lub obserwacji szpitalnej zastało uznane za uzasadnione,*
- 2) umarza postępowanie w sprawie albo wstrzymuje wypłatę świadczenia – w przypadku gdy niestawiennictwo lub uniemożliwienie przeprowadzenia badania lub obserwacji szpitalnej zastało uznane za nieuzasadnione.”.*

b. w odniesieniu do zmiany wprowadzanych w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (art. 13 pkt 6 projektu ustawy), w art. 59 proponujemy następujące zmiany:

- w ust. 5a w pkt 5 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyraz „albo” oraz dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) przy użyciu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych.”,

- w ust. 5b pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) ust. 5a pkt 4–6, przekazuje się na piśmie w postaci papierowej, telefonicznie lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344 oraz z 2024 r. poz. 1222), w tym na adres do doręczeń elektronicznych. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 5a pkt 4–6, może być przekazane telefonicznie, jeżeli numer telefonu ubezpieczonego jest znany podmiotowi dokonującemu doręczenia.”;

- ust. 5g otrzymuje brzmienie:

„5g. Zawiadomienie przekazane telefonicznie, ma skutek doręczenia, jeżeli rozmowa była rejestrowana, a ubezpieczony wyraził zgodę na nagranie.”;

- po ust. 5g dodaje się ust. 5h i 5i w brzmieniu:

„5h. Zawiadomienie przekazane za pomocą środków komunikacji elektronicznej ma skutek doręczenia, jeżeli doręczający otrzymał potwierdzenie jego otrzymania przez ubezpieczonego.

5i. Zawiadomienie przekazane przy wykorzystaniu technologii, o której mowa w ust. 5a pkt 6, ma skutek doręczenia, jeżeli:

- 1) ubezpieczony został poinformowany, że prowadzi rozmowę przy wykorzystaniu technologii, o której mowa w ust. 5a pkt 6, i wyraził zgodę na rozmowę;*
- 2) rozmowa była rejestrowana, a ubezpieczony wyraził zgodę na nagranie;*
- 3) ubezpieczony został poinformowany o możliwości zakończenia połączenia i zażądania rozmowy z pracownikiem Zakładu.”.*

2. Do art. 13 projektu ustawy:

- 1) do pkt 1 i 2

Zgodnie z dodanym do art. 9 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ust. 4, niezależnie od liczby tytułów do ubezpieczenia chorobowego ustala się jeden okres zasiłkowy.

Z proponowanego art. 17 ust. 1 pkt 1 wynika, że ubezpieczony traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia od pracy w przypadku, gdy w okresie orzeczonej niezdolności do pracy wykonuje pracę zarobkową. Pracę zarobkową zdefiniowano jako każdą czynność mającą charakter zarobkowy, niezależnie od stosunku prawnego będącego podstawą jej wykonania, z wyłączeniem czynności incydentalnych, których podjęcia w okresie zwolnienia od pracy wymagają istotne okoliczności. Istotną okolicznością nie może być polecenie pracodawcy (art. 17 ust. 1a).

Natomiast, na podstawie dodanego do art. 17 ust. 1e, dozwolone będzie wykonywanie pracy w ramach określonego tytułu, podczas gdy z drugiego i kolejnego tytułu ubezpieczony nie będzie wykonywał pracy, ponieważ będzie niezdolny do pracy. W przypadku, o którym mowa w ust. 1e, ubezpieczony będzie obowiązany poinformować płatnika składek, o którym mowa w art. 61 ust. 1 pkt 1, o okresie, na który zostało mu wystawione zwolnienie od pracy z innego tytułu.

Oznacza to, że w czasie zwolnienia lekarskiego dozwolone będzie wykonywanie pracy, przy jednoczesnej sankcji utraty prawa do zasiłku chorobowego za wykonywanie pracy zawodowej. W praktyce mogą wystąpić sytuacje, w których:

- 1) ubezpieczony posiadający dwa lub więcej tytułów ubezpieczenia będzie uznany za niezdolnego do pracy, a z pozostałych tytułów będzie świadczył pracę;
- 2) ubezpieczony będzie zobowiązany do poinformowania tylko płatnika składek, u którego będzie świadczył pracę o tym, że z innego tytułu ma wystawione zwolnienie lekarskie.

Wątpliwości Zakładu budzą w tym zakresie następujące kwestie:

- z jakiego źródła Zakład będzie uzyskiwał informacje o tym, że praca zarobkowa może być wykonywana w ramach określonego tytułu,
- jakie czynności powinien podjąć pracodawca, jeżeli uzyska informację, że pracownik posiada zwolnienie lekarskie z innego tytułu,
- czy wykonywanie określonej pracy (na żądanie ubezpieczonego) nie będzie stanowiło podstawy do utraty prawa do zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego z art. 92 ustawy – Kodeks pracy,
- kto będzie określał, że praca może być wykonywana z określonego tytułu (lekarz czy ubezpieczony),
- w jaki sposób ww. regulacje będą stosowane w przypadku posiadania dwóch lub więcej tytułów ubezpieczenia w sytuacji nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Ponadto nadal pozostaje do rozstrzygnięcia kwestia ustalenia jednego okresu zasiłkowego u kilku płatników, zgłaszających do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych. Wątpliwości nasze budzi, na jakiej podstawie ubezpieczony będzie zobowiązany poinformować drugiego płatnika, że ma wystawione zwolnienie lekarskie u pierwszego płatnika. Dodatkowo pozostaje jeszcze do rozwiązania kwestia zobowiązania płatników do liczenia okresu zasiłkowego, gdzie należy zsumować okresy niezdolności do pracy ubezpieczonego u kilku płatników.

W naszej opinii, biorąc pod uwagę projektowane brzmienie art. 17 ust. 1 pkt 1 i ust. 1a, każde wykonywanie pracy zarobkowej w czasie zwolnienia lekarskiego będzie powodowało utratę prawa do zasiłku chorobowego. Zaproponowane przepisy nie przesądzają, że ubezpieczony nie utraci

prawa do zasiłku chorobowego w sytuacji, gdy na żądanie ubezpieczonego lekarz wystawi zwolnienie lekarskie z jednego tytułu, a z drugiego nie. Tym samym, po wdrożeniu projektowanych zmian przepisów, instytucja kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich zarówno przez pracodawcę jak i przez Zakład może stracić rację bytu w sytuacji, gdy każda czynność będzie mogła zostać uznana za incydentalną.

Uwzględniając powyższe wątpliwości, proponujemy utrzymanie dotychczasowych zasad orzekania o niezdolności do pracy, bądź też uregulowanie w przepisach następujących kwestii:

- wskazanie podmiotu władnego decydować, czy praca zarobkowa może być wykonywana z danego tytułu;
- wprowadzenie obowiązku informowania płatnika składek (u którego ubezpieczony świadczy pracę) oraz Zakładu o powyższym fakcie.

Do ewentualnego rozważenia pozostawiamy wprowadzenie kodów do stosowania w dokumentach ubezpieczeniowych. Wskazywałyby one na to, że płatnik składek, u którego świadczona jest praca, był zobowiązany do złożenia dokumentów ubezpieczeniowych, z których wynika, że za okres, za który wystawiono zwolnienie lekarskie z jednego tytułu, z drugiego tytułu ubezpieczony może wykonywać pracę zarobkową.

2) do pkt 2 lit. b

- a. w zakresie projektowanego art. 17 ust. 1c ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

Zgodnie z tym przepisem miejscem wskazanym w zwolnieniu lub zawiadomieniu może być adres pobytu w innym państwie, jeżeli uzasadnione to jest zaleceniami lekarza, innymi istotnymi okolicznościami lub nie sprzeciwia się to celom zwolnienia i okoliczność tę stwierdzi lekarz, chyba że Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma możliwość zlecenia przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnienia w tym państwie na mocy przepisów odrębnych.

Lekarz upoważniony do wystawiania zaświadczeń lekarskich, orzekając czasową niezdolność do pracy i wystawiając zaświadczenie lekarskie, obowiązany jest wskazać w treści tego zaświadczenia m. in. adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do pracy. Zakład (w celu wystawienia zaświadczenia lekarskiego) udostępnia lekarzowi na jego profilu informacyjnym m. in. dane zgromadzone w Centralnym Rejestrze Ubezpieczonych – w zakresie adresu miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Lekarz (wystawiając zaświadczenie lekarskie) obowiązany jest potwierdzić u ubezpieczonego, czy dane na temat adresu miejsca zamieszkania (udostępnione przez Zakład) są prawidłowe i aktualne - w tym, czy adres miejsca zamieszkania będzie stanowił adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do pracy. Podsumowując, lekarz wystawiając zaświadczenie lekarskie nie określa miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do pracy, a jedynie odbiera od ubezpieczonego oświadczenie we wskazanym zakresie i pozyskane dane zamieszcza w treści zaświadczenia lekarskiego. W obowiązującym stanie prawnym nie ma przeszkód, aby w treści zaświadczenia lekarskiego, w danych dotyczących miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania czasowej niezdolności do pracy, lekarz wskazał adres w innym państwie. Również ubezpieczony, który decyduje się na pobyt lub zmianę adresu pobytu w trakcie czasowej niezdolności do pracy, ma prawo wskazać adres w innym państwie, niezależnie od tego czy uzasadniają to wskazania medyczne, czy inne okoliczności.

Lekarz upoważniony do wystawiania zaświadczeń lekarskich, orzekając czasową niezdolność do pracy i wystawiając zaświadczenie lekarskie, zobowiązany jest wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności istotne dla oceny stanu zdrowia i upośledzenia funkcji organizmu powodujące czasową niezdolność do pracy ubezpieczonego, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy. Dodatkowo, lekarz zobowiązany jest wystawić zaświadczenie lekarskie jedynie na okres, w którym ubezpieczony, ze względu na stan zdrowia, powinien powstrzymać się od pracy. Dokumentując orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy – lekarz zobowiązany jest wskazać w dokumentacji medycznej m. in. informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji (w szczególności: opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby i zalecenia medyczne). W obowiązującym stanie prawnym nie ma przeszkód, aby lekarz (dokumentując orzekanie o czasowej niezdolności do pracy) w zaleceniach medycznych wskazać np. na zasadność zmiany otoczenia przez ubezpieczonego,

Mając na uwadze opisany wyżej aktualny stan prawny oraz proponowane rozwiązania w projekcie ustawy, w naszej ocenie, w praktyce wątpliwości lekarzy wystawiających zaświadczenia lekarskie może budzić spójność tych regulacji, po wprowadzeniu przepisu zobowiązującego lekarza do wskazywania, iż „pobyt za granicą jest uzasadniony względami medycznymi”, skoro aktualnie obowiązujące przepisy wskazują, że lekarz pozyskuje oświadczenie od pacjenta odnośnie miejsca jego pobytu w okresie objętym zaświadczeniem lekarskim i pozyskane dane zamieszcza w treści zaświadczenia lekarskiego, a zatem nie ma przeszkód, aby zamieścić adres pobytu za granicą, jeśli taki adres wskaże ubezpieczony, niezależnie od tego czy jest to uzasadnione względami medycznymi czy innymi okolicznościami.

Pragniemy ponadto wskazać, że w przypadku podjęcia kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich na podstawie bezpośredniego badania ubezpieczonego przez lekarza orzecznika, Zakład zobowiązany jest zwrócić ubezpieczonemu (skierowanemu na badanie do lekarza orzecznika ZUS) koszty przejazdu z miejsca zamieszkania (w tym przypadku będzie to adres pobytu wskazany w zaświadczeniu lekarskim) do miejsca wskazanego w wezwaniu i z powrotem. Podkreślenia wymaga, że jedynie kontrola realizowana na podstawie bezpośredniego badania ubezpieczonego przez lekarza orzecznika ZUS jest skuteczną formą kontroli, ponieważ wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania ubezpieczonego, lekarz orzecznik ZUS może określić wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim i wystawić tzw. zaświadczenie korygujące, które jest traktowane na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w myśl art. 229 § 4 Kodeksu pracy. W takich przypadkach, ZUS wydaje w sprawie ubezpieczonego decyzję o braku prawa do zasiłku. Dotychczasowe doświadczenia ZUS, 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 orzeczonego w zaświadczeniu lekarskim, przepisy prawa określające m. in. warunki zwrotu przez ZUS kosztów przejazdu osobom wezwanym do osobistego stawiennictwa, jak również czas potrzebny na rozpatrzenie wniosku Zakładu przez instytucję miejsca pobytu ubezpieczonego – determinują sposób przeprowadzenia kontroli, tj. kontrola realizowana jest co do zasady na podstawie analizy dokumentacji medycznej. Nieprawidłowości stwierdzone w toku kontroli realizowanej przez lekarza orzecznika ZUS na podstawie analizy dokumentacji medycznej, mogą skutkować ewentualnymi konsekwencjami jedynie w stosunku do lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie (tj. w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lekarskich, ZUS ma prawo wydać decyzję o cofnięciu lekarzowi upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres od 3 do

12 miesięcy). W takich przypadkach, ZUS nie ma prawa wydać w sprawie ubezpieczonego, decyzji o braku prawa do zasiłku, nawet jeśli po analizie dokumentacji medycznej zostaną ustalone nieprawidłowości w wystawieniu zaświadczenia lekarskiego. W naszej ocenie, 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 w okresie objętym zaświadczeniem lekarskim. Wobec wskazanych wyżej okoliczności, należy podkreślić, że ZUS ma bardzo ograniczone możliwości skutecznej kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania takich zaświadczeń lekarskich.

- b. w zakresie projektowanego art. 17 ust. 1e ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

Zgodnie z tym przepisem, jeżeli praca zarobkowa w ramach określonego tytułu może być wykonywana z uwagi na rodzaj tej pracy, na żądanie ubezpieczonego można nie wystawić zwolnienia od pracy z tego tytułu. Powstaje 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.

Nasze wątpliwości budzi ponadto okoliczność, w jakiej relacji do orzeczenia lekarza medycyny pracy o przeciwwskazaniach zdrowotnych/braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na określonym stanowisku pracy pozostawałoby rozstrzygnięcie lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie we wskazanym zakresie, tj. na żądanie ubezpieczonego nie wystawia zwolnienia od pracy z określonego tytułu. Odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki „dopuszczenia do pracy” osoby chorej, wyłącznie na podstawie informacji pozyskanych od tej osoby, zostaje przeniesiona na lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie, który nie dysponuje żadną dokumentacją o rodzaju i warunkach pracy, w przeciwieństwie do lekarza medycyny pracy, który wydaje orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach pracy opisanych w skierowaniu wydany przez pracodawcę. Zaświadczenie lekarskie często jest wystawiane podczas jednorazowej wizyty danego pacjenta u lekarza, który nie dysponuje historią choroby, nie posiada pełnej wiedzy o stanie zdrowia pacjenta, odnosi się do aktualnego problemu zdrowotnego, opiera się na danych z wywiadu i wynikach badania (o ile wizyta jest realizowana w bezpośrednim kontakcie lekarza z pacjentem). Należy zaznaczyć, że wystawienie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy powinno być wynikiem oceny stanu zdrowia ubezpieczonego przez lekarza i nie powinno opierać się w tym zakresie na „żądaniach ubezpieczonego”.

Przesłanki do kontroli zaświadczeń lekarskich pozostają w sprzeczności, tj.:

- lekarz orzecznik kontrolując zaświadczenie lekarskie będzie musiał ocenić prawidłowość orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby z jednego tytułu, a jednocześnie w przypadku ustalenia, że zachodzą przesłanki medyczne do wystawienia

zaświadczenia lekarskiego (tj. ze względu na stan zdrowia ubezpieczony powinien powstrzymać się od pracy) stwierdzić, czy nie wystawienie zaświadczenia lekarskiego na żądanie ubezpieczonego z innego tytułu było prawidłowe;

- kontrolując prawidłowość wykorzystywania zwolnienia od pracy zgodnie z jego celem, którym jest odzyskanie zdolności do pracy – skoro ubezpieczony będzie mógł wykonywać pracę zarobkową (a więc jest zdolny do pracy), nie będzie możliwe ustalenie jakie zachowania / aktywności pozostają w sprzeczności z celem tego zwolnienia.

Projektowane rozwiązanie może skutkować nadużyciami, bez jednoczesnego zagwarantowania jakichkolwiek systemowych narzędzi do ich eliminowania. Wobec prawnego dopuszczenia możliwości pozostawiania na zwolnieniu lekarskim u jednego pracodawcy i wykonywania pracy u innego pracodawcy (w tym samym okresie), a także mając na uwadze łatwość w uzyskiwaniu zaświadczeń lekarskich wystawianych w ramach tzw. teleporad (przez podmioty, które oferują świadczenia w ramach prywatnych usług medycznych i udostępniają witryny internetowe z ofertami szybkiego uzyskania w sposób zdalny takiego zaświadczenia) należy mieć na uwadze możliwość znaczącego zwiększenia liczby wystawianych zaświadczeń lekarskich, co wpłynie bezpośrednio na wzrost wydatków na zasiłki chorobowe. Mechanizm ten może ułatwiać „fikcyjne” zatrudnienie, w celu uzyskania korzyści, w postaci świadczeń z tytułu choroby.

3) do pkt 6

Podtrzymujemy zgłoszoną propozycję dodania do art. 59 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa 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 w postaci porady 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 jakiegokolwiek 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 - Zwłknięcie, 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 upoważnienia 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 (postępowanie to podejmowane jest po zakończeniu kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz 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 upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Od daty wszczęcia postępowania w przedmiocie cofnięcia upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich do daty odebrania dostępu do profilu informacyjnego wystawiającego zaświadczenie lekarskie w wyniku wydania i doręczenia decyzji w przedmiocie cofnięcia upoważnienia 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.

4) do pkt 8

Zgodnie z proponowanym brzmieniem art. 68 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Zakład jest uprawniony do kontrolowania ubezpieczonych oraz osób po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego co do prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem.

Jednocześnie, w myśl projektowanego art. 68 ust. 1d ww. ustawy, płatnicy składek są uprawnieni do przeprowadzania kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy dla celów wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, o którym mowa w art. 92 Kodeksu pracy.

Dotychczas ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie zawierała regulacji dotyczących kontroli wykorzystywania zwolnień lekarskich podczas niezdolności do pracy, za okres których przysługuje wynagrodzenie chorobowe. Przyjmowano, że kwestia ta nie powinna być przedmiotem regulacji w ustawie zasiłkowej, ponieważ zawiera ona regulacje dotyczące świadczeń

pieniężnych przysługujących z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Uregulowania dotyczące wynagrodzenia chorobowego zawiera art. 92 ustawy – Kodeks pracy. Jednocześnie, kwestia kontroli zwolnień lekarskich za okres niezdolności do pracy, za który przysługuje wynagrodzenie chorobowe, nie należy do kompetencji Zakładu. Z brzmienia zaproponowanych przepisów wynika, że możliwe będzie przyjęcie, że uprawnionymi podmiotami do kontroli wykorzystywania zwolnień lekarskich zarówno wtedy, gdy przysługują zasiłki jak i wynagrodzenie za pracę, będą: Zakład (art. 68 ust. 1) i płatnicy składek (art. 68 ust 1d). Ponadto, w razie wątpliwości, czy zwolnienie lekarskie od pracy wykorzystywane było niezgodnie z jego celem, miałyby rozstrzygać właściwa jednostka organizacyjna Zakładu, uzyskując w miarę potrzeby opinię lekarza, który wystawił zwolnienie lekarskie lub lekarza orzecznika (art. 68 ust. 1e). Przepis ten nie precyzuje, że rozstrzygnięcie miałyby dotyczyć tylko okresu niezdolności, za który przysługują zasiłki.

Z uwagi na powyższe proponujemy usunięcie z ustawy zasiłkowej regulacji dotyczących kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy dla celów wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, o którym mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

Analogiczne uwagi dotyczą kontroli wykorzystywania zwolnień lekarskich, za okres których przysługuje wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy (art. 13 pkt 9 w zakresie dodanego art. 68a ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa).

2) Do art. 40 projektu ustawy:

Proponowana data wejścia w życie ustawy, tj. 1 stycznia 2026 r., wymaga zweryfikowania, poprzez zapewnienie odpowiedniego okresu *vacatio legis* dla projektowanych zmian, z uwzględnieniem możliwości realizacji wszystkich założeń projektu. W celu wdrożenia projektowanych regulacji konieczne jest dostosowanie systemów informatycznych (KSI ZUS), wspomagających obsługę świadczeń w zakresie wydawania orzeczeń lekarzy orzeczników. Proponujemy, aby okres *vacatio legis* wynosił co najmniej 12 miesięcy, z wyłączeniem art. 1 pkt 3, art. 2, art. 12 pkt 1 oraz art. 13 pkt 6 lit. a – b i pkt 7.

3) Uwagi dodatkowe

Zakład proponuje nadanie art. 77 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych następującego brzmienia:

„Zakład zwraca, w formie bezgotówkowej na wskazany rachunek płatniczy prowadzony w kraju lub wydany w kraju instrument płatniczy w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, osobom wezwanym do osobistego stawiennictwa w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń wypłacanych przez Zakład poniesione koszty przejazdu. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i wysokość kosztów podlegających zwrotowi oraz warunki dokonywania ich zwrotu, uwzględniając uzasadniony interes osób wezwanych oraz możliwości finansowe Zakładu”.

Powyższa zmiana wzorowana jest na treści art. 130 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Wprowadza ona jeden tryb wypłaty kosztów stawiennictwa, nie pozbawiając nikogo należnych mu środków finansowych. Płatności bezgotówkowe są coraz częściej stosowane w różnych typach świadczeń z obszaru zabezpieczenia społecznego, chociażby przy świadczeniach rodzinnych

czy wspierających osoby z niepełnosprawnością. Wobec czego wprowadzenie takiego zapisu wpisuje się w działania utrwalające ten trend.