

Projekt z dnia 17.02.2010r.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia2010 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Na podstawie art. 59 ust. 14 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 65, poz. 741 oraz z 2006 r. Nr 1, poz. 3), załączniki nr 1 i 2 otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Zaświadczenia lekarskie mogą być wystawiane według wzorów określonych w dotychczas obowiązujących przepisach do czasu wyczerpania zapasów.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia.

MINISTER

PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

¹⁾ Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej - zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 216, poz. 1598).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 47, poz. 318 i Nr 115, poz. 792, z 2008 r. Nr 93, poz. 582, Nr 119, poz. 771, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 22, poz. 120, Nr 97, poz. 800 i Nr 179, poz. 1383.

Uzasadnienie

Na mocy projektowanego rozporządzenia zmianie ulegnie wzór zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy - ZUS ZLA oraz wzór zaświadczenia lekarskiego wydane w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – ZUS ZLA/K.

Zasadniczym celem modyfikacji druku ZUS ZLA jest jego uproszczenie. Usunięte zostały następujące pola: 10 – „*Niezdolność do pracy*”; 17 - „*Imię pierwsze lekarza*” i 18 - „*Nazwisko lekarza*”; 21 - „*NIP Zakładu Opieki Zdrowotnej*”; 23 – „*Nazwa skrócona/nazwisko i imię płatnika*”.

Dane wpisywane dotychczas w usuniętych polach - będą mogły być uzyskiwane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych z innych źródeł.

Uzupełniono również katalog kodów ubezpieczenia o możliwość wpisywania informacji o podleganiu ubezpieczeniu w innym państwie. Dodano pouczenie, że dane adresowe osoby ubezpieczonej wpisywane w zaświadczeniu ZUS ZLA powinny odnosić się do miejsca jej pobytu w okresie trwania czasowej niezdolności do pracy.

W związku z modyfikacją druku ZUS ZLA wprowadzono również odpowiednie zmiany w druku ZUS ZLA/K.

Zmiany te przyczynią się do ułatwienia pracy lekarzy wystawiających te zaświadczenia.

W projekcie rozporządzenia wprowadzono przepis, zgodnie z którym zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy oraz zaświadczenia lekarskie wydane w wyniku kontroli lekarza orzecznika ZUS mogą być wystawiane na dotychczasowych formularzach, do wyczerpania zapasów. Umożliwi to wykorzystanie wydrukowanych już formularzy, będących w dyspozycji lekarzy.

Przedmiot projektowanej regulacji nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów dotyczących notyfikacji norm i aktów prawnych.

Projekt jest zgodny z prawem UE.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty na które oddziałuje akt normatywny:

Podmiotami objętymi rozporządzeniem są lekarze, wystawiający ubezpieczonym zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Zakres konsultacji społecznych:

Lista partnerów społecznych którym projekt aktu prawnego zostanie przesłany do zaopiniowania:

Organizacje związkowe:

- 1) NSZZ „Solidarność” ul. Wały Piastowskie 24, 80-855 Gdańsk;
- 2) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, ul. Kopernika 36/40, 00-924 Warszawa;
- 3) Forum Związków Zawodowych ul. Fordońska 55, 85-719 Bydgoszcz.

Organizacje pracodawców:

- 1) Konfederacja Pracodawców Polskich, ul. Kredytowa 3, 00-056 Warszawa;
- 2) Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan, ul. Klonowa 6, 00-591 Warszawa;
- 3) Związek Rzemiosła Polskiego, ul. Miodowa, 00-246 Warszawa;
- 4) Krajowa Izba Gospodarcza, ul. Trębacka 4, 00-074 Warszawa;
- 5) BCC – Związek Pracodawców, Plac Żelaznej Bramy 2, 00-136 Warszawa.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego, rynek pracy, konkurencyjność gospodarki, w tym przedsiębiorczość oraz na sytuację i rozwój regionalny.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu :

- na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa,
- na budżety jednostek samorządu terytorialnego,
- na rynek pracy,
- na konkurencyjność gospodarki, w tym na przedsiębiorczość,
- na sytuację i rozwój regionalny.

Wypełnić tylko pola jasne w wyznaczonych kratkach dużymi drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem

| ZUS ZLA | Seria | Nr | ORYGINAL | POUPNE DRUK ŚCISLEGO ZARACHOWANIA | ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE |
|---|-------|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 01. PESEL ubezpieczonego | | | 02. Imię pierwsze ubezpieczonego | | |
| 03. Nazwisko ubezpieczonego | | | | | 04. Ubezpieczony w: ¹⁾ |
| 05. Inny numer ²⁾ | | | | | |
| 06. NIP lub seria i nr paszportu (wpisać serię i nr paszportu tylko gdy nie nadano PESEL i NIP) | | | | | |
| 07. Data urodzenia ubezpieczonego (DD/MM/RRRR) | | | | | |
| DANE ADRESOWE OSOBY UBEZPIECZONEJ³⁾ | | | | | |
| 08. Kod pocztowy | | 09. Miejscowość | | | |
| 10. Ulica | | | 11. Numer domu | | 12. Numer lokalu |
| 13. Niezdolność do pracy od (DD/MM/RRRR) | | 14. Niezdolność do pracy do (DD/MM/RRRR) | | 15. Pobyt w szpitalu ⁴⁾ | 16. Wskazania ⁵⁾ lekarskie |
| 17. Kod(y) ⁶⁾ | | 18. Numer statystyczny choroby | | | |
| 19. Kod ⁷⁾ pokrewieństwa osoby pod opieką | | 20. Data urodzenia osoby pozostającej pod opieką (DD/MM/RRRR) | | | |
| 21. NIP płatnika (wpisać bez kresek) | | | | | |
| 22. Identyfikator lekarza | | | 23. Data wystawienia dokumentu (DD/MM/RRRR) | | |
| 24. Podpis i pieczęć lekarza | | | 25. Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej | | |

1) Jeśli w ZUS, wpisać - 1
w KRUS - 2
inny w Polsce - 3
w innym państwie - 4

2) Jeśli NIP, wpisać - 1
paszport - 2

3) Adres pobytu w okresie trwania niezdolności do pracy

4) Liczba dni pobytu w szpitalu

5) Chory powinien leżeć - 1
chory może chodzić - 2

6) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E

7) Jeśli dziecko - 1
małżonek, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo - 2
inne osoby - 3

| ZUS ZLA / K | | Seria | Nr | / K | POUFNE | ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE W WYNIKU KONTROLI LEKARZA ORZECZNIKA ZUS | |
|---|--|-----------------------------------|----|---|----------------|---|--|
| 01. PESEL ubezpieczonego | | 02. Inny numer ¹⁾ | | 03. NIP lub seria i nr paszportu (wpisać serię i nr paszportu tylko gdy nie nadano PESEL i NIP) | | | |
| 04. Imię pierwsze ubezpieczonego | | 05. Data urodzenia ubezpieczonego | | | | | |
| 06. Nazwisko ubezpieczonego | | | | | | | |
| 07. Kod pocztowy | | 08. Miejscowość | | | 10. Numer domu | | |
| 09. Ulica | | 11. Numer lokalu | | | | | |
| 12. NIP płatnika | | | | | | | |
| 13. Data ustania niezdolności do pracy | | 14. Kod(y) ²⁾ | | 15. Data wystawienia dokumentu | | | |
| 16. Podpis i pieczęć lekarza orzecznika ZUS | | | | 17. Pieczęć terenowej jednostki organizacyjnej ZUS | | | |

1) Jeśli NIP, wpisać - 1 paszport - 2
 2) Wpisać odpowiedni kod: A, B, C, D, E

Pouczenie dla ubezpieczonego:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych informuje, że na podstawie art. 59 ust. 7 i 9 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, z późn. zm.) niniejsze zaświadczenie lekarskie należy doręczyć pracodawcy.

Równocześnie Zakład informuje, że zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy seria nr wystawione w dniu traci ważność za okres od daty określonej w niniejszym zaświadczeniu.

Informacja dla pracodawcy

Zakład Ubezpieczeń Społecznych informuje, że na podstawie art. 59 ust. 8 ustawy, o której mowa w pouczeniu dla ubezpieczonego, niniejsze zaświadczenie lekarskie jest traktowane na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w trybie przewidzianym w art. 229 § 4 Kodeksu Pracy.