



Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

BM-II.059.1.168.2026

Warszawa, /elektroniczny znacznik czasu/

Pan

Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 15624 Pana Posła Jana Michała Dziedziczaka wraz z grupą posłów, w sprawie wyznaczenia terminu obligującego ZUS do wydania decyzji, proszę przyjąć poniższe wyjaśnienia.

Zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 501, z późn. zm.) zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy spowodowanej chorobą lub niemożnością wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 tego aktu, nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy jest spowodowana gruźlicą albo przypada na okres ciąży, nie dłużej niż przez 270 dni. Jeśli niezdolność do pracy przypada w okresie po wygaśnięciu tytułu do ubezpieczenia chorobowego, zasiłek przysługuje ubezpieczonemu nie dłużej niż przez 91 dni (wyjątki dotyczą niezdolności do pracy spowodowanej gruźlicą i obejmującej okres ciąży).

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ww. ustawy świadczenie rehabilitacyjne przysługuje osobie ubezpieczonej, która po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolna do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy (art. 18 ust. 2 powołanej ustawy). O potrzebie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego orzeka lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

Do wszczęcia postępowania w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego niezbędny jest wniosek o świadczenie rehabilitacyjne, a do jego przyznania i wypłaty również dokumenty określone przepisami rozporządzenia z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub wpływających na ich wysokość, a także dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków¹, m.in. zaświadczenia o stanie zdrowia osoby, w stosunku do której orzeczenie ma być wydane, wystawionego przez lekarza prowadzącego leczenie nie wcześniej niż na miesiąc przed datą złożenia wniosku.

Z uwagi na odrębne okoliczności towarzyszące każdej indywidualnej sprawie przepisy nie określają terminu, w jakim ubezpieczony powinien złożyć wniosek o świadczenie rehabilitacyjne. Tym niemniej, biorąc pod uwagę warunki nabycia prawa do świadczenia rehabilitacyjnego i potrzebę zachowania ciągłości wypłaty świadczeń, ZUS zarówno na stronach internetowych, jak i w formularzach wniosków o świadczenie rehabilitacyjne rekomenduje złożenie wniosku w terminie co najmniej 6 tygodni przed zakończeniem okresu pobierania zasiłku chorobowego.

¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 616, z późn. zm.

W świetle obowiązujących przepisów roszczenie o wypłatę świadczenia przedawnia się po upływie 6 miesięcy od ostatniego dnia okresu, za który może ono zostać przyznane. Jeśli wniosek o świadczenie rehabilitacyjne zostanie złożony po upływie tego okresu z przyczyn niezależnych od osoby uprawnionej, termin liczy się od dnia, w którym ustała przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenie roszczenia.

Uzyskanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego jest uwarunkowane spełnieniem łącznie wszystkich przesłanek pozytywnych jego nabycia i brakiem wystąpienia jakiegokolwiek przesłanki negatywnej. Przesłankami do nabycia prawa do świadczenia są:

- 1) wyczerpanie okresu zasiłkowego,
- 2) utrzymująca się niezdolność do pracy,
- 3) pomyślne rokowania co do odzyskania zdolności do pracy w wyniku leczenia lub rehabilitacji, stwierdzone przez lekarza orzecznika.

Jeżeli lekarz lub komisja lekarska orzekną o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, wówczas w orzeczeniu podawany jest również okres, na jaki powinno być ustalone do niego prawo. Na tej podstawie Oddział ZUS wydaje decyzje o przyznaniu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego. Nie jest możliwa automatyczna wypłata świadczenia rehabilitacyjnego, dokonana bez orzeczenia lekarza orzecznika o potrzebie jego przyznania.

Na podstawie § 4 ust. 1-3 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy² lekarz orzecznik wydaje orzeczenie korzystając z dokumentacji dołączonej do wniosku oraz po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, której ma być ono wydane. Przeprowadzenie badania nie jest konieczne, jeżeli dokumentacja dołączona do wniosku jest wystarczająca. Może to dotyczyć wszystkich chorób, w tym najcięższych, do których zalicza się przypadki chorób nowotworowych. Jeśli stan zdrowia uniemożliwia osobiste zgłoszenie się na badanie, można je za zgodą osoby ubezpieczonej przeprowadzić również w miejscu jej pobytu.

Na podstawie art. 83 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych³ ZUS wydaje decyzje w indywidualnych sprawach dotyczących m.in. ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, w tym m.in. świadczenia rehabilitacyjnego, i rozstrzyga o przysługującym konkretnej osobie prawie do świadczenia.

Osobie niezadowolonej z rozstrzygnięcia przysługuje odwołanie do Sądu Rejonowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w terminie miesiąca od dnia doręczenia decyzji. Wniesienie odwołania powoduje przeniesienie właściwości do rozpoznania sprawy na sąd, który staje się właściwy również do jej merytorycznego rozstrzygnięcia. W myśl art. 83 ust. 3 ww. aktu odwołanie do sądu przysługuje też w razie niewydania decyzji w terminie 2 miesięcy liczonych od dnia zgłoszenia wniosku o świadczenie lub innego roszczenia.

W art. 64 w związku z art. 69 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa unormowano termin wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego różnicując go, analogicznie do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, dla poszczególnych płatników ww. świadczeń. W przypadku ubezpieczonych zatrudnionych u płatników składek, którzy zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych zasiłki/świadczenie

² Dz. U. Nr 273, poz. 2711, z późn. zm.

³ Dz. U. z 2026 r. poz. 199, z późn. zm.

rehabilitacyjne wypłacają płatnicy składek, natomiast w pozostałych przypadkach płatnikiem jest ZUS. Płatnicy składek wypłacają je w terminach przyjętych dla wypłaty wynagrodzeń lub dochodów, a ZUS na bieżąco po stwierdzeniu uprawnień. Świadczenia te wypłaca się nie później niż w ciągu 30 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do ustalenia do nich prawa. Jeżeli świadczenie rehabilitacyjne jest wypłacane przez płatnika składek, wypłata następuje w najbliższym terminie przyjętym dla wypłaty wynagrodzeń, nie później niż w ciągu 30 dni od daty otrzymania decyzji przyznającej świadczenie.

Odnośnie do dokumentacji składanej za ubezpieczonych w okresie oczekiwania na przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego informuję, że w świetle przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych płatnik składek przekazuje do ZUS imienne raporty miesięczne po upływie każdego miesiąca kalendarzowego - w terminie ustalonym dla rozliczania składek. Imienny raport miesięczny za ubezpieczonego zawiera m.in. zestawienie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, w tym podstawę wymiaru składek oraz rodzaje i okresy przerw w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne, a także informacje o wypłaconych na podstawie Kodeksu pracy zasiłkach i wynagrodzeniach z tytułu niezdolności do pracy oraz o zasiłkach finansowanych z budżetu państwa. Jeżeli zachodzi konieczność korekty danych podanych w imiennym raporcie miesięcznym, płatnik składek jest zobowiązany złożyć imienny raport miesięczny korygujący w formie nowego dokumentu zawierającego wszystkie prawidłowe informacje.

W myśl rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2020 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych, informacji o zawartych umowach o dzieło oraz innych dokumentów⁴, imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek stanowi druk ZUS RSA. W załączniku 25 rozporządzenia określono kody wykorzystywane przy wypełnianiu dokumentów zgłoszeniowych i rozliczeniowych, w tym kody świadczenia lub przerwy w opłacaniu składek wykazujące m.in. okres pobierania zasiłku chorobowego czy świadczenia rehabilitacyjnego, ale też okres usprawiedliwionej nieobecności w pracy bez prawa do wynagrodzenia lub zasiłku.

Przepisami ustawy z dnia 18 grudnia 2025 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw⁵ wprowadzono maksymalne terminy na wydanie orzeczenia m.in. w sprawach, w których postępowanie dotyczące przyznania lub wypłaty świadczeń jest prowadzone przez ZUS. W świetle tych regulacji, w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz innych świadczeń należących do właściwości ZUS, orzeczenie lekarza orzecznika zakładu od 1 stycznia 2027 r. będzie wydawane w terminie 30 dni liczonych od dnia wszczęcia postępowania w tej sprawie. Do wskazanego terminu nie będzie wliczany okres uzupełniania dokumentacji medycznej niezbędnej do wydania orzeczenia oraz przeprowadzenia badania danej osoby przez lekarza orzecznika.

Przywołany akt wprowadza możliwość wniesienia ponaglenia w przypadku przekroczenia terminu 30 dni, które będzie rozpatrywane w terminie 7 dni od daty wpływu do ZUS. W razie uznania ponaglenia za zasadne, zakład będzie zobowiązany do niezwłocznego

⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 1036, z późn. zm.

⁵ Dz. U. z 2026 r. poz. 26

wyznaczenia terminu wydania orzeczenia oraz wyjaśnienia przyczyny przekroczenia terminu pierwotnego.

Obowiązujące przepisy są stale analizowane pod kątem prawidłowości ich funkcjonowania, możliwości zmian, a przede wszystkim dostosowania do potrzeb ubezpieczonych z zapewnieniem rzetelnej i prawidłowej procedury przyznania i wypłaty świadczeń.

Z wyrazami szacunku

z up. Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

dr hab. Sebastian Gajewski, prof. uczelni

Podsekretarz Stanu

/-kwalifikowany podpis elektroniczny-/