SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VII kadencja

Druk nr 2646

SPRAWOZDANIE

KOMISJI ZDROWIA

o rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2293).

Marszałek Sejmu, zgodnie z art. 37 ust. 1 i art. 40 ust. 1 regulaminu Sejmu – po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu - skierowała w dniu 10 kwietnia 2014 r. powyższy projekt ustawy do Komisji Zdrowia - do pierwszego czytania.

Komisja Zdrowia po przeprowadzeniu pierwszego czytania oraz rozpatrzeniu powyższego projektu ustawy na posiedzeniach w dniach: 7 maja, 22 i 24 lipca 2014 r.

wnosi:

W y s o k i S e j m uchwalić raczy załączony projekt ustawy.

Warszawa, dnia 24 lipca 2014 r.

Sprawozdawca

/-/ Elżbieta Radziszewska

Przewodniczący Komisji

/-/ Tomasz Latos

Projekt

USTAWA
z dnia 2014 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[1), 2)]

Art. 1.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.[3)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 13a pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) o których mowa w art. 12 pkt 2–6 i 9–11, art. 12a i art. 42j”;

2) w art. 20 w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;”;

3) uchyla się art. 25–26a;

4) w dziale II po rozdziale 2 dodaje się rozdział 2a w brzmieniu:

„Rozdział 2a

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza granicami kraju

Art. 42a. Fundusz finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju:

1) na zasadzie zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b;

2) zgodnie z przepisami o koordynacji;

[1)] Niniejsza ustawa wdraża dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45).

[2)] Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne oraz ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

[3)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz 2014 r. poz. 24 i 295.

3) na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o których mowa w art. 42i ust. 2 i 9, albo decyzji Prezesa Funduszu, o których mowa w art. 42j ust. 1 i 2.

Art. 42b. 1. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, zwanego dalej „zwrotem kosztów".

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do:

1) obowiązkowych szczepień ochronnych;

2) opieki długoterminowej, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego;

3) przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów, obejmujących czynności, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411, z późn. zm.[4)]).

3. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest uzyskanie przez świadczeniobiorcę, przed skorzystaniem ze świadczenia, o którym mowa w ust. 1, podlegającego zwrotowi kosztów, odpowiedniego skierowania lub zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego, zgodnie z art. 32, art. 33 ust. 1, art. 33a ust. 1, art. 41 lub art. 57–59 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 31d.

4. Skierowanie lub zlecenie na przejazd środkami transportu sanitarnego, wymagane zgodnie z ust. 3, może być wystawione również przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. Takie skierowanie lub zlecenie traktuje się jak skierowanie lub zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

5. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest potwierdzenie skierowania zgodnie z art. 33 ust. 2, w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego, przed skorzystaniem z tych świadczeń.

6. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 15, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest:

1) zakwalifikowanie pacjenta przez świadczeniodawcę do danego programu lekowego;

[4)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 141, poz. 1149, z 2010 r. Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

2) niezaistnienie kryteriów wyłączenia z programu określonych w opisie programu lekowego.

7. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, udzielanego w ramach programów zdrowotnych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 13, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest spełnienie wymogów warunkujących udział pacjenta w danym programie.
8. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1, warunkiem zwrotu kosztów jest uprzednie wydanie zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. Uprzednia zgoda obejmuje także świadczenia opieki zdrowotnej, które nie były bezpośrednio przedmiotem tej zgody, jeżeli ich udzielenie okazało się konieczne w związku z udzielaniem świadczenia opieki zdrowotnej objętego zgodą.
9. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania zwrotu kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartego w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji, lub mającego w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji, który został zakupiony w aptece działającej na terytorium:
   1) państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie recepty wystawionej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z przepisami tego państwa;
   2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie recepty transgranicznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.[5)]), wystawionej przez osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji, na prośbę pacjenta, który zamierza ją zrealizować w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, zwanej dalej „receptą transgraniczną”.

[5)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 95 i 1456 oraz z 2013 r. poz. 1245, 1287, 1645 i 1650.

10. Świadczeniobiorca jest uprawniony do uzyskania zwrotu kosztów zakupu lub naprawy wyrobu medycznego będącego świadczeniem gwarantowanym, który został zakupiony lub podlegał naprawie na terytorium:
    1) państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie zlecenia wystawionego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej przez osobę uprawnioną do jego wystawienia zgodnie z przepisami tego państwa;
    2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji.
11. Zwrot kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, o którym mowa w ust. 9 pkt 1, dotyczy wyłącznie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych ordynowanych zgodnie z potwierdzonymi w dokumentacji medycznej wskazaniami, odpowiadającymi zakresowi wskazań objętych refundacją dla danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, określonemu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji.

Art. 42c. 1. Fundusz dokonuje zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej kwocie:
    1) finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
    2) finansowania danego świadczenia gwarantowanego – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12, medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa;
    3) limitu finansowania danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartych w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem odpłatności, o której mowa w art. 14 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy o refunda-

cji, lub mających w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji;

4) odpowiadającej wartości wyrobu medycznego, nie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu medycznego wynikający z przepisów wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem przepisów art. 47 ust. 1–2a – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 9.

2. W przypadku gdy procedura medyczna wykonana na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej mieści się w zakresie świadczeń gwarantowanych, nie mając dokładnego odpowiednika wśród procedur medycznych wykonywanych w kraju, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się kwotę finansowania procedury medycznej, mieszczącej się w zakresie tych świadczeń, najbardziej zbliżonej pod względem medycznym do procedury wykonanej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

3. W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy co najmniej dwóch świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 1, które są rozliczane przez Fundusz w ramach jednego świadczenia gwarantowanego, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się to świadczenie.

4. W przypadku złożenia oddzielnych wniosków o zwrot kosztów, dotyczących co najmniej dwóch świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 1, rozliczanych przez Fundusz w ramach jednego świadczenia gwarantowanego, łączna kwota zwrotu kosztów uzyskana na podstawie tych wniosków nie może przekraczać kwoty finansowania tego świadczenia.

5. W przypadku gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje na terenie kraju ta sama wysokość kwoty finansowania stosowana w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami, podstawą zwrotu kosztów jest wysokość kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.

6. W przypadku gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje na terenie kraju zróżnicowanie wysokości kwot finansowania stosowanych w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami, podstawą zwrotu kosztów jest średnia ważona kwoty finansowania obliczona dla tego

świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.

7. Jeżeli ustalenie podstawy zwrotu kosztów nie jest możliwe przy zastosowaniu przepisów ust. 5 lub 6, jako podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się odpowiednio wysokość kwoty finansowania albo średnią ważoną kwoty finansowania obliczoną według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.
8. W przypadku świadczeń gwarantowanych rozliczanych w formie ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń podstawą zwrotu kosztów jest obliczona na terenie kraju średnia kwota finansowania świadczeń z danego zakresu, udzielonych jednemu pacjentowi, w ostatnim pełnym kwartale poprzedzającym kwartał, w którym zakończono udzielanie tych świadczeń, w szczególności średnia kwota finansowania:
   1) świadczeń gwarantowanych udzielonych jednemu świadczeniobiorcy w szpitalnym oddziale ratunkowym albo izbie przyjęć;
   2) jednorazowej interwencji zespołu ratownictwa medycznego.
9. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, średnią ważoną, o której mowa w ust. 6, oraz średnią kwotę finansowania, o której mowa w ust. 8, oblicza minister właściwy do spraw zdrowia.
10. W przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego podstawą zwrotu kosztów jest kwota finansowania ze środków publicznych, ustalona zgodnie z ust. 1 pkt 3 lub 4, obowiązująca na dzień zakupu.
11. W przypadku gdy liczba DDD, w rozumieniu ustawy o refundacji, w opakowaniu leku zakupionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej różni się od liczby DDD w opakowaniu leku wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, kwotę zwrotu kosztów odpowiednio zwiększa lub zmniejsza się proporcjonalnie do ilorazu liczby DDD w opakowaniu leku zakupionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej i liczby DDD leku wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji.
12. Zwrotu kosztów dokonuje się w walucie polskiej.
13. Zwrot kosztów nie może przekraczać kwoty wydatków rzeczywiście poniesionych przez świadczeniobiorcę z tytułu uzyskania

danego świadczenia, o którym mowa w art. 42b ust. 1, ustalonej przy zastosowaniu kursu średniego dla danej waluty ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, o którym mowa w art. 42d ust. 5 pkt 1.

14. Do zwrotu kosztów stosuje się art. 50a ust. 2.

Art. 42d. 1. Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, zwany dalej „wnioskiem o zwrot kosztów", dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określonego zgodnie z ust. 1 wydaje decyzję administracyjną o odmowie zwrotu kosztów, jeżeli:

1) wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej niespełniających kryteriów określonych w art. 42b ust. 1, 9–11 lub
2) wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 2, lub
3) nie zostały spełnione warunki dotyczące posiadania przez świadczeniobiorcę skierowania lub zlecenia, o których mowa w art. 42b ust. 3–5, recepty, o której mowa w art. 42b ust. 9 pkt 1, lub recepty transgranicznej albo zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 10, lub
4) nie zostały spełnione warunki, o których mowa w art. 42b ust. 6 albo 7, lub
5) świadczeniobiorca, przed udzieleniem mu świadczeń opieki zdrowotnej, nie uzyskał zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, lub
6) świadczeniobiorca nie przedstawił dokumentów zawierających wystarczające dane dotyczące procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, pozwalające na zidentyfikowanie

świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub

7) świadczeniobiorca nie udokumentował faktu pokrycia całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub

8) świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, zostały zakwalifikowane przez Fundusz do rozliczenia na podstawie przepisów o koordynacji, lub

9) wniosek o zwrot kosztów został złożony po upływie terminu, o którym mowa w ust. 12.

3. Przepisu ust. 2 pkt 5 nie stosuje się, jeżeli świadczeniobiorca po upływie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, ze względu na pilną konieczność podjęcia leczenia niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia, wynikającą z potwierdzonego stanu klinicznego, poddał się takiemu leczeniu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

4. Wniosek o zwrot kosztów zawiera:

1) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

2) adres miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy oraz adres do korespondencji;

3) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek o zwrot kosztów składa przedstawiciel ustawowy;

4) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, jeżeli wniosek o zwrot kosztów składa przedstawiciel ustawowy;

5) termin i państwo udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;

6) łączną kwotę, którą uiszczono za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, z podaniem waluty;

7) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli posiada;

8) numer decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 42f ust. 1, jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, znajduje się w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1;

9) numer rachunku bankowego, w przypadku gdy zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przelewu bankowego, a w

przypadku rachunku prowadzonego za granicą – również inne niezbędne dane tego rachunku;

10) imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego, jeżeli rachunek ten nie należy do świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;

11) adres, na który ma zostać przekazany przekaz pocztowy, jeżeli zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przekazu pocztowego;

12) spis załączników do wniosku o zwrot kosztów;

13) oświadczenie osoby składającej wniosek, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

5. Do wniosku o zwrot kosztów dołącza się:

1) oryginał rachunku wystawionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub oryginał rachunku wystawionego w państwie członkowskim Unii Europejskiej przez aptekę albo dostawcę wyrobów medycznych;

2) dokument potwierdzający pokrycie całości kosztów świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w przypadku gdy nie wynika to z dokumentu, o którym mowa w pkt 1;

3) oryginał lub kopię odpowiednio:

a) skierowania lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3–5,

b) recepty, o której mowa w art. 42b ust. 9 pkt 1, albo recepty transgranicznej,

c) zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 10.

6. Rachunek, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, zawiera:

1) dane wystawcy rachunku oraz datę jego wystawienia;

2) dane świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;

3) dane niezbędne do zidentyfikowania świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w szczególności informacje umożliwiające określenie kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 oraz Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 albo dane dotyczące wydanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

7. W przypadku gdy rachunek, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, nie zawiera danych, o których mowa w ust. 6 pkt 3, dane te powinny

być zawarte w dołączonej do wniosku o zwrot kosztów dokumentacji.

8. W przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15, do wniosku o zwrot kosztów dołącza się zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do odpowiedniego programu lekowego oraz poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię dokumentacji medycznej.
9. W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego, o którym mowa w art. 42b ust. 9 pkt 1, do wniosku dołącza się również poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię dokumentacji medycznej, z której wynika medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny, którego dotyczy ten wniosek.
10. W przypadku gdy dokumenty, o których mowa w ust. 5–9, są sporządzone w języku obcym, do wniosku o zwrot kosztów należy dołączyć tłumaczenie tych dokumentów na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.
11. Przepisów ust. 5 pkt 3 lit. a i ust. 8 nie stosuje się do wniosku o zwrot kosztów dotyczącego świadczenia opieki zdrowotnej, na które świadczeniobiorca uzyskał zgodę, o której mowa w art. 42b ust. 8.
12. Wniosek o zwrot kosztów składa się w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy ten wniosek.
13. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów nie wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, decyzję, o której mowa w ust. 1 albo 2, wydaje się w terminie 30 dni od dnia wszczęcia postępowania.
14. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, wydanie decyzji, o których mowa w ust. 1 i 2, następuje w terminie 60 dni od dnia wszczęcia postępowania. W przypadku gdy postępowanie wyjaśniające wymaga uzupełnienia przez świadczeniobiorcę albo jego przedstawiciela ustawowego wniosku o zwrot kosztów lub prowadzenia korespondencji z instytucją krajową, do tego terminu nie wlicza się okresu:
    1) od dnia wezwania do uzupełnienia wniosku do dnia otrzymania tego uzupełnienia przez oddział wojewódzki Funduszu albo do dnia bezskutecznego upływu terminu wyznaczonego na uzupełnienie wniosku o zwrot kosztów;
    2) od dnia wysłania zapytania do instytucji krajowej do dnia otrzymania przez oddział wojewódzki Funduszu odpowiedzi tej instytucji.

15. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przy udziale krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, zwrot kosztów albo wydanie decyzji odmawiającej zwrotu kosztów następuje w terminie 6 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania. Jeżeli w powyższym terminie nie dokonano ustaleń pozwalających na jednoznaczne określenie kwoty zwrotu kosztów należnej świadczeniobiorcy, zwrot kosztów następuje niezwłocznie po upływie tego terminu w wysokości odpowiadającej kwocie, którą należy uznać w danym przypadku za najbardziej prawdopodobną podstawę zwrotu kosztów. W postępowaniu wątpliwości rozstrzyga się na korzyść świadczeniobiorcy.
16. Rozpoczęcie rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów następuje zgodnie z kolejnością wpływu do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
17. Zwrot kosztów następuje w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki Funduszu wiadomości o tym, że decyzja, o której mowa w ust. 1, stała się ostateczna, z zastrzeżeniem art. 42h ust. 1.
18. Zwrotu kosztów dokonuje się w drodze przelewu na rachunek bankowy podany we wniosku o zwrot kosztów albo w drodze przekazu pocztowego.
19. Od decyzji, o których mowa w ust. 1 i 2, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.
20. W przypadku:
    1) uchylenia decyzji, o której mowa w ust. 1, i rozpatrzenia sprawy co do istoty,
    2) uchylenia decyzji, o której mowa w ust. 1, w przypadku wznowienia postępowania,
    3) nieważności decyzji, o której mowa w ust. 1

    – po dokonaniu przez Fundusz zwrotu kosztów świadczeniobiorca, który otrzymał zwrot kosztów, jest obowiązany do zwrotu nienależnie otrzymanej kwoty.
21. Kwota, o której mowa w ust. 20, podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek zwrotu tej kwoty, jej wysokość oraz termin płatności.
22. Od kwoty, o której mowa w ust. 20, nalicza się odsetki ustawowe, poczynając od dnia, w którym upłynął termin płatności.

23. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 21, jeżeli od dnia uchylenia lub stwierdzenia nieważności decyzji, o której mowa w ust. 1, upłynęło 5 lat.

24. Należność z tytułu zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 20, ulega przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca tę należność stała się ostateczna.

25. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku o zwrot kosztów, mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania w sprawie zwrotu kosztów.

Art. 42e. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uzyskania zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, mając na względzie dobro świadczeniobiorców oraz gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.

2. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, może zawierać wyłącznie:

1) świadczenia opieki zdrowotnej podlegające wymogom planowania niezbędnego dla zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do pełnego zakresu opieki zdrowotnej wysokiej jakości lub wynikającego z konieczności kontrolowania kosztów i uniknięcia niegospodarności w wykorzystaniu zasobów finansowych, technicznych i ludzkich, a jednocześnie których udzielenie wymaga:

a) pozostawania pacjenta w szpitalu do dnia następnego lub

b) zastosowania wysokospecjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury i sprzętu medycznego;

2) świadczenia opieki zdrowotnej stwarzające szczególne ryzyko dla życia lub zdrowia świadczeniobiorcy.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje rozporządzenie, o którym mowa w ust. 1, lub dokonuje jego zmiany w przypadku stwierdzenia, że brak takiego wykazu lub jego zmiany będzie skutkować nienależytym zabezpieczeniem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie kraju.

Art. 42f. 1. Zgodę, o której mowa w art. 42b ust. 8, wydaje, w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o

Wolnym Handlu (EFTA) – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w drodze decyzji administracyjnej, odmówić zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8, jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej objęte wnioskiem:
   1) nie jest świadczeniem gwarantowanym;
   2) może zostać udzielone w kraju przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w terminie nieprzekraczającym czasu oczekiwania, o którym mowa w ust. 4 pkt 2 lit. h;
   3) stwarza dla zdrowia świadczeniobiorcy znaczne ryzyko, którego nie równoważą potencjalne korzyści zdrowotne, jakie może on odnieść dzięki uzyskaniu tego świadczenia;
   4) stwarza znaczne zagrożenie zdrowotne dla społeczeństwa;
   5) ma zostać udzielone przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, co do którego zachodzą istotne wątpliwości w zakresie przestrzegania standardów jakości i bezpieczeństwa, ustanowionych przez państwo, w którym udziela on świadczeń zdrowotnych.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.
4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
   1) w części wypełnianej przez świadczeniobiorcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez świadczeniobiorcę:
      a) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
      b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji świadczeniobiorcy,
      c) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii

prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę,

d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę,

e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, jeżeli posiada,

f) wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, działającego w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, mającego udzielić świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem,

g) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;

2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 3:

a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,

b) pieczęć lekarza wypełniającego wniosek zawierającą numer prawa wykonywania zawodu,

c) pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,

d) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,

e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,

f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,

g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,

h) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek,

i) uzasadnienie wniosku,

j) spis załączników do wniosku.

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1:

1) dołącza się dokumentację medyczną oraz pisemną informację, o której mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym – tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego;

2) można dołączyć oświadczenie, że świadczeniobiorca na podstawie wniosku, o którym mowa w ust. 1, sprzeciwia się wydaniu zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1.

6. Przy rozpatrywaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, uwzględnia się pilność danego przypadku ocenianą przy uwzględnieniu aktualnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy, stopnia odczuwanych dolegliwości lub charakteru jego niepełnosprawności, historii choroby i przewidywanego jej rozwoju.

7. Od decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.

8. Jeżeli wniosek, o którym mowa w ust. 1, spełnia warunki do wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje taką zgodę, chyba że świadczeniobiorca złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 5 pkt 2.

Art. 42g. Przepisów art. 42b–42f nie stosuje się do osób:

1) o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16 oraz członków ich rodzin, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej wymienionego w załączniku nr 3 do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego;

2) zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodzin osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1–15a, 17, 20–37, jeżeli posiadają miejsce zamieszkania na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej niż osoba, która zgłosiła członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, a państwo zamieszkania jest wymienione w załączniku nr 3 do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wyko-

nywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Art. 42h. 1. W przypadku gdy koszty realizacji zadań wynikających z art. 42b w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę limitu, stanowiącą sumę rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. d, oraz rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 5, Fundusz zawiesza wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca tego roku kalendarzowego. Prezes Funduszu niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, o zawieszeniu wypłaty tych kwot.

2. W przypadku gdy przed końcem pierwszego półrocza danego roku kalendarzowego zostanie przekroczony poziom 50% kwoty limitu, o której mowa w ust. 1, Prezes Funduszu niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, o przewidywanym terminie zawieszenia wypłaty kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów.

3. W przypadku gdy przychody ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, zrealizowane jako należne za okres od początku danego roku kalendarzowego, są niższe niż przychody planowane na ten okres, kwota limitu, o której mowa w ust. 1, ulega obniżeniu o kwotę różnicy między przychodami planowanymi a zrealizowanymi, jednak nie więcej niż o kwotę rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 5.

4. Wypłat zawieszonych na podstawie ust. 1 dokonuje się do dnia 31 stycznia roku następnego, w ramach limitu, o którym mowa w ust. 1.

5. Świadczeniobiorcy nie przysługują odsetki z tytułu zawieszenia wypłaty kwoty należnej z tytułu zwrotu kosztów, o którym mowa w ust. 1.

Art. 42i. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanej dalej „wnioskodawcą”, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu albo instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „podmiotem uprawnionym”, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie

członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać wnioskodawcy, który uzyskał zgodę, o której mowa w ust. 1, na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu:
   1) do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia;
   2) do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.
3. Zgody, o których mowa w ust. 1 i 2, wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:
   1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
   2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę;
   3) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   4) osób, o których mowa w art. 12a – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tych osób na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.
5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
   1) w części wypełnianej przez wnioskodawcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę:
      a) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
      b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji wnioskodawcy,
      c) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,
      d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,
      e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli posiada,
      f) wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, działającego w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w którym mają zostać udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem,

g) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;

2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 4:

a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,

b) pieczęć lekarza wypełniającego wniosek zawierającą numer prawa wykonywania zawodu,

c) pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,

d) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,

e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,

f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,

g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,

h) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek,

i) uzasadnienie wniosku,

j) spis załączników do wniosku.

6. Do dokumentacji medycznej dołączanej do wniosku, o którym mowa w ust. 1, przepis art. 42f ust. 5 pkt 1 stosuje się odpowiednio.

7. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, oprócz elementów wymienionych w ust. 5 zawiera wskazanie przez lekarza wypełniającego wniosek proponowanego środka transportu, wraz z uzasadnieniem.

8. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, oprócz elementów wymienionych w ust. 5 pkt 1 zawiera:

1) nazwę i adres podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w którym przebywa wnioskodawca;

2) wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia.

9. W przypadku gdy wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), korzystając ze świadczeń

udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje, na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju – najtańszym środkiem transportu możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy, gdy przewidywane koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.

10. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, przepisy ust. 8 stosuje się odpowiednio.

11. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, dołącza się:

1) dokumentację sporządzoną przez szpital, o którym mowa w ust. 9, zawierającą aktualne rozpoznanie kliniczne, opis aktualnego stanu zdrowia wnioskodawcy, określenie prawdopodobnego zakresu i czasu trwania dalszego leczenia oraz wskazanie środka transportu możliwego do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy;

2) wstępny kosztorys dalszego leczenia sporządzony przez szpital, o którym mowa w ust. 9;

3) tłumaczenie na język polski dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

12. Od decyzji odmawiających wydania zgód, o których mowa w ust. 1, 2 i 9, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.

Art. 42j. 1. Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, w drodze decyzji administracyjnej, skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.

2. W przypadkach określonych w ust. 1 Prezes Funduszu może, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, w drodze decyzji administracyjnej, wydać zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń za granicą lub miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych oraz tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.
4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
   1) w części wypełnianej przez wnioskodawcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę:
      a) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
      b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji wnioskodawcy,
      c) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,
      d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,
      e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli posiada,
      f) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
   2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 3:
      a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,

b) pieczęć lekarza wypełniającego wniosek zawierającą numer prawa wykonywania zawodu oraz tytuł lub stopień naukowy,

c) pieczęć świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,

d) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,

e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,

f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,

g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,

h) wskazanie zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym mają zostać udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem,

i) uzasadnienie wniosku,

j) spis załączników do wniosku.

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, przepisy art. 42i ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio.

6. Podstawą rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, jest dokumentacja medyczna. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

7. Decyzje w sprawach, o których mowa w ust. 1 i 2, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

8. Koszty wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 42k. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisów o koordynacji.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) tryb składania i rozpatrywania wniosków, o których mowa w art. 42f ust. 1, art. 42i ust. 1, 2 i 9 oraz art. 42j ust. 1 i 2, oraz wzory tych wniosków,
2) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w art. 42i ust. 2 i 9 oraz art. 42j ust. 1 i 2

– mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania oraz celowość wydatkowania środków publicznych.”;

5) w art. 47a w ust. 1 skreśla się wyrazy „(Dz. U. Nr 169, poz. 1411, z 2009 r. Nr 141, poz. 1149 oraz z 2010 r. Nr 182, poz. 1228)”;

6) art. 51 otrzymuje brzmienie:

„Art. 51. 1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydaje, na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji, Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

2. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, dla osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) wydaje oddział wojewódzki Funduszu wskazany w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – oddział wojewódzki Funduszu wybrany przez świadczeniobiorcę.

3. Przepisy wydane na podstawie art. 49 ust. 9 pkt 4 stosuje się odpowiednio.”;

7) po art. 59 dodaje się art. 59a w brzmieniu:

„Art. 59a. 1. Skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej traktuje się jako skierowania w rozumieniu ustawy, jeżeli spełniają określone w niej wymagania.

2. Do skierowania, o którym mowa w ust. 1, wystawionego w języku obcym, dołącza się jego tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.”;

8) w art. 77 w ust. 2 uchyla się pkt 2;

9) w art. 97 w ust. 3:

a) pkt 3b otrzymuje brzmienie:

„3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 42j;”,

b) po pkt 3b dodaje się pkt 3c w brzmieniu:

„3c) dokonywanie zwrotu kosztów w przypadku świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa, z zastrzeżeniem art. 42b ust. 2, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;”,

c) w pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 12 w brzmieniu:

„12) wykonywanie zadań Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, zwanego dalej „KPK”.”;

10) po art. 97 dodaje się art. 97a w brzmieniu:

„Art. 97a. 1. W centrali Funduszu działa KPK.

2. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej, na ich wniosek, niezbędnych informacji dotyczących:

1) praw pacjenta uregulowanych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;

2) świadczeniodawców, w odniesieniu do rodzajów wykonywanej działalności leczniczej;

3) osób wykonujących zawody medyczne, w zakresie posiadania prawa do wykonywania zawodu oraz nałożonych ograniczeń w wykonywaniu tego prawa, na podstawie dostępnych rejestrów publicznych;

4) obowiązujących na podstawie przepisów prawa standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz obowiązujących przepisów w zakresie oceny świadczeniodawców pod względem stosowania tych standardów i nadzoru nad świadczeniodawcami;

5) posiadanych przez dany szpital udogodnień dla osób niepełnosprawnych;

6) zasad dochodzenia roszczeń z tytułu wyrządzenia szkody lub krzywdy w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zasad i trybu ustalania odszkodowania lub zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Informacji, o których mowa w ust. 2, KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, o ile jest to

możliwe, również w innych językach urzędowych Unii Europejskiej.

4. KPK współpracuje z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działającymi w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, w szczególności w zakresie wymiany informacji, o których mowa w ust. 2.
5. Na wniosek krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej KPK, we współpracy z oddziałami wojewódzkimi Funduszu, udziela niezbędnej pomocy w wyjaśnianiu zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej przez polskich świadczeniodawców, apteki i dostawców wyrobów medycznych.
6. KPK kieruje do krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej, zapytania dotyczące zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, apteki i dostawców wyrobów medycznych, działających na terytorium tych państw.
7. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom informacji dotyczących niezbędnych elementów recepty transgranicznej.
8. KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu aktualne informacje o danych teleadresowych krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.
9. KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej, na wniosek zainteresowanych podmiotów, hiperłącza do stron internetowych stowarzyszeń i fundacji działających na rzecz promocji polskiego sektora usług medycznych.
10. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom oraz osobom wykonującym zawody medyczne, bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji dotyczących:
    1) możliwości uzyskania zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej określonego świadczenia opieki zdrowotnej;

2) świadczeń opieki zdrowotnej objętych wykazem, o którym mowa w art. 42e ust. 1;

3) trybu rozpatrywania i realizacji wniosków o zwrot kosztów;

4) trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 8.

11. Oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom, bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji na temat przybliżonej wysokości zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej określonego świadczenia opieki zdrowotnej.

12. Informacje, o których mowa w ust. 10 i 11, zamieszcza się także na stronach internetowych KPK i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, z tym że informacja na temat wysokości zwrotu kosztów może ograniczać się do wybranych świadczeń gwarantowanych.”;

11) w art. 118 w ust. 2 w pkt 1 po lit. c dodaje się lit. d w brzmieniu:

„d) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z art. 42b;”;

12) w art. 188 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania następujących danych pacjentów z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej w związku z realizacją zadań, o których mowa w art. 97a ust. 2 i 5:

1) nazwisko i imię (imiona);

2) obywatelstwo;

3) data urodzenia;

4) numer identyfikacyjny pacjenta w państwie ubezpieczenia;

5) numer dokumentu tożsamości;

6) informacje o stanie zdrowia;

7) informacje o świadczeniach zdrowotnych udzielonych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

8) informacje o lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych zakupionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”;

13) po art. 188a dodaje się art. 188b w brzmieniu:

„Art. 188b. W celu realizacji zadań określonych w art. 97a ust. 2 pkt 3 Fundusz jest uprawniony do przetwarzania następujących danych dotyczących osób wykonujących zawody medyczne:

1) nazwisko i imię (imiona);

2) informacje na temat prawa wykonywania zawodu oraz kwalifikacji zawodowych.”.

Art. 2.

W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.[6)]) po art. 99 dodaje się art. 99a w brzmieniu:

„Art. 99a. 1. Apteka ogólnodostępna oraz punkt apteczny przekazują Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na ich wniosek, dane dotyczące produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zakupionych przez wskazanych we wniosku pacjentów z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej, oraz ich cen.

2. Dane określone w ust. 1 przekazuje się w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.”.

Art. 3.

W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 oraz z 2014 r. poz. 24) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 14 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 oraz dodaje się ust. 2–4 w brzmieniu:

„2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela:

1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;

2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 1;

3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu.

3. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na ich wniosek, dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym we wniosku pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń.

[6)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206, Nr 92, poz. 753, Nr 95, poz. 788 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 78, poz. 513 i Nr 107, poz. 679, z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 82, poz. 451, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i Nr 122, poz. 696, z 2012 r. poz. 1342 i 1544 oraz z 2013 r. poz. 1245.

4. Dane określone w ust. 3 przekazuje się w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.”;

2) w art. 24 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Aktualne informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązanego do jego prowadzenia.”;

3) po art. 24 dodaje się art. 24a w brzmieniu:

„Art. 24a. 1. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący działalność leczniczą wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

2. Rachunek, o którym mowa w ust. 1, powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat podaną do wiadomości zgodnie z art. 24 ust. 2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta.”.

Art. 4.

1. Decyzje administracyjne wydane przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy na podstawie przepisów art. 25 lub art. 26 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują ważność po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Postępowania w sprawie wniosków, o których mowa w art. 25 lub art. 26 ustawy, o której mowa w art. 1, wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, są prowadzone na podstawie dotychczasowych przepisów.

3. Zaświadczenia i decyzje wydane przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 51 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują ważność po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, do czasu ich unieważnienia zgodnie z przepisami o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32 ustawy, o której mowa w art. 1, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wskazanego w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1 tej ustawy.

4. Postępowania w sprawie wydania zaświadczenia, o którym mowa w art. 51 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, wszczęte przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, są prowadzone przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia do czasu wydania zaświadczenia lub decyzji odmawiającej jego wydania.

Art. 5.

1. W latach 2014–2023 maksymalny limit kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu realizacji zadania, o którym mowa w art. 42d ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi:
   1) 2014 r. – 940,727 mln zł;
   2) 2015 r. – 1039,285 mln zł;
   3) 2016 r. – 1082,030 mln zł;
   4) 2017 r. – 1121,484 mln zł;
   5) 2018 r. – 1161,664 mln zł;
   6) 2019 r. – 1202,073 mln zł;
   7) 2020 r. – 1242,714 mln zł;
   8) 2021 r. – 1283,595 mln zł;
   9) 2022 r. – 1324,720 mln zł;
   10) 2023 r. – 1365,650 mln zł.
2. Limit kosztów, o którym mowa w ust. 1, obejmuje środki rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 1, w wysokości:
   1) 2014 r. – 634,793 mln zł;
   2) 2015 r. – 662,836 mln zł;
   3) 2016 r. – 696,170 mln zł;
   4) 2017 r. – 725,977 mln zł;
   5) 2018 r. – 756,665 mln zł;
   6) 2019 r. – 787,354 mln zł;
   7) 2020 r. – 818,042 mln zł;
   8) 2021 r. – 848,731 mln zł;
   9) 2022 r. – 879,419 mln zł;
   10) 2023 r. – 910,108 mln zł.
3. Limit kosztów, o którym mowa w ust. 1, przewidziany na dany rok ulega zmianie o kwotę różnicy pomiędzy wysokością rezerwy, o której mowa w ust. 2, a kwotą tej rezerwy ujętej w planie finansowym na dany rok, o którym mowa w art. 121 lub art. 123 ustawy, o której mowa w art. 1.
4. W przypadku gdy przychody ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, zrealizowane jako należne za okres od początku danego roku kalendarzowego, są niższe niż przychody planowane na ten okres, limit kosztów, o którym mowa w ust. 1, przewidziany na ten rok ulega obniżeniu o kwotę różnicy między przychodami planowanymi a zrealizowanymi, jednak nie więcej niż o kwotę rezerwy na dany rok, o której mowa w art. 118 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 1.
5. W przypadku osiągnięcia w danym roku kalendarzowym limitu kosztów określonego na ten rok w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, Narodowy Fundusz Zdrowia zawiesza wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, do końca tego roku kalendarzowego. Prezes Narodowego Funduszu

Zdrowia niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia, o zawieszeniu wypłaty tych kwot.

6. Wypłat zawieszonych na podstawie ust. 5 dokonuje się do dnia 31 stycznia roku następnego ze środków przewidzianych na realizację wniosków o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42b ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.
7. Świadczeniobiorcy nie przysługują odsetki z tytułu zawieszenia wypłaty, o której mowa w ust. 5.
8. W przypadku gdy przed końcem pierwszego półrocza danego roku kalendarzowego zostanie przekroczony poziom 50% limitu kosztów, o którym mowa w ust. 1, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia, o przewidywanym terminie zawieszenia wypłaty, o której mowa w ust. 5.
9. W latach 2014–2023 maksymalny limit kosztów wynagrodzeń w Narodowym Funduszu Zdrowia z tytułu realizacji zadań, o których mowa w art. 42d, art. 42f i art. 97a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi:
   1) 2014 r. – 4371,8 tys. zł;
   2) 2015 r. – 5380,2 tys. zł;
   3) 2016 r. – 5514,6 tys. zł;
   4) 2017 r. – 5652,4 tys. zł;
   5) 2018 r. – 5787,6 tys. zł;
   6) 2019 r. – 5926,2 tys. zł;
   7) 2020 r. – 6069 tys. zł;
   8) 2021 r. – 6214,3 tys. zł;
   9) 2022 r. – 6363,8 tys. zł;
   10) 2023 r. – 6510,2 tys. zł.
10. W latach 2014-2023 maksymalny limit kosztów administracyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia, innych niż koszty wynagrodzeń, oraz wydatków inwestycyjnych, związanych z realizacją zadań, o których mowa w art. 42d, art. 42f i art. 97a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi:
   1) 2014 r. – 1633 tys. zł;
   2) 2015 r. – 2249 tys. zł;
   3) 2016 r. – 1149 tys. zł;
   4) 2017 r. – 1149 tys. zł;
   5) 2018 r. – 1149 tys. zł;
   6) 2019 r. – 1149 tys. zł;

7) 2020 r. – 1149 tys. zł;
8) 2021 r. – 1149 tys. zł;
9) 2022 r. – 1149 tys. zł;
10) 2023 r. – 1149 tys. zł.

11. W przypadku gdy koszty, o których mowa w ust. 9 lub 10, po pierwszym półroczu danego roku przekroczą 65% limitów przewidzianych na ten rok, wysokość tych kosztów obniża się w czwartym kwartale o kwotę gwarantującą, że limity te nie zostaną przekroczone.
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia monitoruje wykorzystanie rocznych limitów kosztów, o których mowa w ust. 1, 9 i 10, oraz wdraża mechanizmy korygujące, o których mowa w ust. 3–5, 8 i 11.
13. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, dokona zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2014, wynikającej z niniejszej ustawy. Do zmiany tej stosuje się odpowiednio tryb określony w art. 124 ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1.

Art. 6.

Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 13a, art. 25 ust. 5 i art. 26a ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13a i art. 42k ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

Art. 7.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 8, który wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.