M A T E R I A Ł P O R Ó W N A W C Z Y

do ustawy z dnia 29 sierpnia 2014 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

(druk nr 708)

USTAWA 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.)

Art. 13a.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:

1) udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2-4,

[2) o których mowa w art. 12 pkt 2-6 i 9-11, art. 12a oraz art. 26]

<2) o których mowa w art. 12 pkt 2–6 i 9–11, art. 12a i art. 42j>

- uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz zapewnienie skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 20.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1:
   1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
   [2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;]
   <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) wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:
      a) numer kolejny,
      b) datę i godzinę wpisu,
      c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
      d) numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
      e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
      f) adres świadczeniobiorcy,

g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
h) termin udzielenia świadczenia,
i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu
- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;

4) wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

3. Dokonanie przez świadczeniodawcę czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.
4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.
5. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.
6. Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.
7. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.
8. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
9. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie ust. 2, 7 lub 8 lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.
10. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.
11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.

[Art. 25.

1. Fundusz finansuje koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, udzielonych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz wynikające z art. 26.
2. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanym dalej "wnioskodawcą", na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu lub instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu

(EFTA), zwanym dalej "podmiotem uprawnionym", zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w przypadkach o których mowa w przepisach o koordynacji.

3. *Prezes Funduszu lub dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać wnioskodawcy, na wniosek podmiotu uprawnionego, 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, gdy przewidywane koszty leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.*
4. *Decyzje, o których mowa w ust. 2 i 3, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.*
5. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych, wiedzę i praktykę medyczną, kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisów o koordynacji.*

Art. 26.

1. *Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy, o którym mowa w art. 25, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza 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 wydać wnioskodawcy, na jego wniosek albo na wniosek jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.*
3. *Decyzje, o których mowa w ust. 1 i 2, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.*
4. *Koszty leczenia, badań diagnostycznych lub transportu wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa.*

Art. 26a.

Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia:

1) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku, o którym mowa w art. 25 ust. 2 i 3 oraz w art. 26 ust. 1 i 2,

2) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w art. 25 ust. 3 i art. 26 ust. 1 i 2

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- mając na względzie dobro wnioskodawcy oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju, a także gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.]

<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;

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.).

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;

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.), 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”.

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 refundacji, 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 wykonywania 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.>

Art. 47a.

1. Świadczeniobiorca będący żywym dawcą narządu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów *[(Dz. U. Nr 169, poz. 1411, z 2009 r. Nr 141, poz. 1149 oraz z 2010 r. Nr 182, poz. 1228)]* ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat.
2. Podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu, przekazuje niezwłocznie wyniki badań, o których mowa w ust. 1, do rejestru żywych dawców prowadzonego na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w ust. 1.

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaj i zakres badań żywych dawców narządu wykonywanych w ramach monitorowania ich stanu zdrowia, mając na uwadze kontrolę ich stanu zdrowia związanego z oddaniem narządu.

[Art. 51.

1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, 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 wydaje Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

2. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, wydaje się na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji.

3. Zaświadczenie określone w ust. 1 dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16 i art. 67 ust. 7, zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), wydaje Mazowiecki Oddział Wojewódzki Funduszu.

4. Przepisy wydane na podstawie art. 49 ust. 9 pkt 4 stosuje się odpowiednio.]

<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.>

<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.>

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

Art. 77.

1. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 74-76a, są kierowane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

1a. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, oraz członków ich rodzin kierowane są do centrali Funduszu.

2. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, zawierają:
   1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez osobę zgłaszaną do ubezpieczenia zdrowotnego;
   [2) wskazanie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w przypadku osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;]
   3) nazwisko i imię;
   4) datę urodzenia;
   4a) płeć;
   5) adres zamieszkania;
   6) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego przesyła odpowiednio do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:
   1) nazwisko i imię;
   2) datę urodzenia;
   3) adres zamieszkania;
   4) stopień pokrewieństwa;
   5) informację o znacznym stopniu niepełnosprawności;
   6) (234) numer PESEL, a w przypadku gdy członkowi rodziny nie nadano numeru PESEL - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;
   7) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym - w przypadku osób, o których mowa w art. 5 pkt 3 lit c.

Art. 97.

1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.
2. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:
   1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
   2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9;

3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;

3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;

[3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 26;]

<3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 42j;>

<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;>

4) wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;

5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;

6) monitorowanie ordynacji lekarskich;

7) promocja zdrowia;

8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;

9) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;

10) wyliczanie kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji oraz w art. 102 ust. 5 pkt 29;

11) monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień wynikających z art. 24a-24c, art. 44 ust. 1a-1c, art. 47 ust. 2 i 2a, art. 47c oraz art. 57 ust. 2 pkt 10, 12 i 13*[.]*

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

3a. Do zadań Funduszu należy rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA):

1) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a,

2) kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z wyłączeniem kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego

- w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

3c. W przypadku rozliczania przez Fundusz kosztów medycznych czynności ratunkowych udzielonych osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji przez zespoły ratownictwa medycznego, Fundusz powiadamia właściwego wojewodę o należnościach przysługujących mu z tego tytułu. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu właściwego wojewody w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu. Przepisu nie stosuje się do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

3d. Fundusz jest instytucją właściwą, instytucją miejsca zamieszkania, instytucją miejsca pobytu oraz instytucją łącznikową w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, w rozumieniu przepisów o koordynacji, oraz prowadzi, w centrali Funduszu, punkt kontaktowy, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, służący do wymiany danych w ramach Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:
   1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
   2) przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu;
   3) przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
   4) przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy;
   5) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
   6) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.

6. Fundusz nie może być właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisowo działalności leczniczej.

7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4, 6 i 11 w odniesieniu do podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.

8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b. Dotacja nie uwzględnia kosztów administracyjnych.

9. (uchylony).

<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.>

Art. 118.

1. Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.
2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:
   1) planowanych kosztów dla centrali, w tym:
      a) kosztów finansowania działalności centrali,
      b) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji,
      c) (uchylona);
      <d) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z art. 42b;>
   2) planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym:
      a) kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;
      b) rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych;
      c) rezerwy, o której mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o refundacji;
   3) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.
3. Planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, dzieli się pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając:
   1) liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu;

2) wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne;
3) ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

4. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3.
5. W planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3, tworzy się rezerwę ogólną w wysokości 1 % planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.
6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie środków przekazywanych Funduszowi z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Art. 188.

1. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu:
   1) stwierdzenia istnienia ubezpieczenia zdrowotnego oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz;
   2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
   3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;
   4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
   5) rozliczenia ze świadczeniodawcami;
   6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszu;
   7) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;
   8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne;
   9) identyfikacji płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne.

1a. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, w celu:
   1) rozliczania ze świadczeniodawcami;
   2) rozliczania dotacji, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 5;
   3) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
   4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

1b. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4, w celu rozliczania kosztów refundacji leków.

2. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz umów międzynarodowych w celu:
   1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej;
   2) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
   3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
   4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;

5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
6) prowadzenia punktu kontaktowego, o którym mowa w art. 97 ust. 3d.

Uwaga:
ust. 2a nie został usunięty.

2a. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych związanych z realizacją zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2 i 3a.

<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.>

3. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych:
1) osób ubezpieczonych, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-8;
2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu określonym w ust. 2 pkt 2 i 3;
3) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2-4, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-8.

4. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1-3, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz mają prawo do przetwarzania następujących danych:
1) nazwisko i imię (imiona);
2) nazwisko rodowe;
3) data urodzenia;
4) płeć;
5) obywatelstwo;
6) (uchylony);
7) numer PESEL;
8) (uchylony);
9) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL;
10) adres zamieszkania;
11) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
11a) adres zameldowania;
11b) adres do korespondencji i inne dane pozwalające na skontaktowanie się z osobą, której dane Fundusz przetwarza w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;
12) numer ubezpieczenia;
13) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;
14) stopień niepełnosprawności;
15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 43 ust. 1, art. 44 ust. 1, art. 45 ust. 1, art. 46

ust. 1 i art. 47, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy;

16) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4;
17) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
18) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
19) dane dotyczące lekarza , felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenie na wyroby medyczne;
20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza , felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19;
21) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne;
22) data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
22a) kod tytułu ubezpieczenia;
22b) data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
22c) data wypełnienia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
23) data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
23a) data wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne, oraz dane dotyczące opłaconych, nieopłaconych, nieopłaconych w terminie i należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz ze wskazaniem okresu, jakiego dotyczą;
25) dane o płatniku składki na ubezpieczenie zdrowotne;
26) typ dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej;
27) data zgonu;
28) dane dotyczące wypadków przy pracy i chorób zawodowych, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
29) informacje, określające ustawodawstwo właściwe zgodnie z przepisami o koordynacji, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
30) dane o przychodach z tytułów rodzących obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego;
31) okres uprawnień wynikających z art. 67 ust. 6 i 7;
32) informacje, czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
33) kod przyczyny wyrejestrowania z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

5. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.
6. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 2-9, wobec których, z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa form i metod realizacji zadań podlegających ochronie zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 4. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

<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.>

USTAWA z dnia 6 września 2001 r. – PRAWO FARMACEUTYCZNE (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.)

<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.>

USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)

Art. 14.

<1.> Podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

<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.

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

Art. 24.

1. W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności:
   1) firmę albo nazwę podmiotu;
   2) cele i zadania podmiotu;
   3) strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu;
   4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
   5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
   6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;
   7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
   8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
   9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
   10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
   11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 i Nr 144, poz. 853 oraz z 2012 r. poz. 951) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
   12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
   13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.

[2. Informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 9, 11 i 12, podaje się do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty.]

<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. Do regulaminu organizacyjnego praktyk zawodowych nie stosuje się przepisów ust. 1 pkt 3, 6-8, 11 i 13.
4. Do regulaminu organizacyjnego podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia ambulatoryjne nie stosuje się przepisu ust. 1 pkt 11.

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

<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.>